Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 4. Ausgegeben am 15. Februar.

Inhalt:

Alkoholismus und Ehescheidung.

Von
Professor **Fritz Straßmann.**

Wohl jeder Gerichtsarzt von größerer Erfahrung wird der Anschauung beitreten, die kürzlich F. Leppmann an dieser Stelle ausgesprochen hat, der Anschauung, daß die Einreihung des Alkoholismus als solcher unter die Ehescheidungsgründe ein dringendes Bedürfnis ist. Auch mir sind wiederholt Fälle vorgekommen, in denen zunächst die Ehescheidung wegen Mißhandlung verlangt, aber abgelehnt wurde, weil für diese Mißhandlungen eine strafrechtliche und damit auch eine bürgerlich rechtliche Zurechnungsfähigkeit des — alkoholistischen — Beklagten nicht angenommen werden konnte. Der darauf gemachte Versuch, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit herbeizuführen, scheiterte, weil der psychische Zustand des Ehemannes, der sich in der Zwischenzeit vielleicht wieder gebessert hatte, die schweren Bedingungen nicht erfüllte, welches unser Bürgerliches Gesetzbuch für die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit eingesetzt hat. Und wenn dann endlich versucht wurde, in der Trunksucht selbst, in der Tatsache, daß der Beklagte sich zum Alkoholisten gemacht hat, den „ehrlosen und unsittlichen Lebenswandel“ des Gesetzes zu statuieren, so war auch dieser Antrag nicht immer erfolgreich. Denn wenn seitens des Vertreters des Beklagten gefragt wurde, ob die Tatsache, daß dieser Alkoholist geworden ist, einen sicheren Schluß auf sein schuldhaftes Verhalten zuläßt, ob nicht auch die Möglichkeit gegeben sei. daß auf Grund erblicher Belastung oder sonstiger krankhafter Anlage der Alkoholismus entstanden ist, ohne daß der Betreffende eigentlich ausschweifender gelebt hat, als es sonst anstandslos geschieht, so mußte diese Möglichkeit bejaht werden.

In einem solchen Falle, in dem auf Grund derartig liegender Verhältnisse keine Möglichkeit gegeben schien, eine unhaltbar gewordene Ehe zu lösen, hat das Gericht oberer Instanz einen Weg gefunden, zwar nicht die Ehescheidung, aber doch die Aufhebung der Ehe herbeizuführen. Es stützte sich dabei auf den § 1333 des Bürgerlichen Gesetzbuches, wonach eine Ehe von dem Ehegatten angefochten werden kann, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. („Error in persona“.) In der krankhaften Anlage des Ehemannes, die ihn dazu bestimmte, dem Alkoholismus zum Opfer zu fallen, sah das Gericht eine solche persönliche Eigenschaft und legte mir deshalb die Frage vor, ob dieser degenerative Zustand bei dem Beklagten vorhanden wäre und schon vor der Ehe vorhanden war. Vielleicht

ist es von Interesse, das von mir abgegebene Gutachten, aus dem die näheren Einzelheiten des Falles sich ergeben, vollständig kennen zu lernen. Dasselbe lautete:

„In Sachen X gegen X hat der Zivilsenat .... von mir ein Gutachten über folgende Fragen erfordert:

„Besteht bei dem Beklagten eine Degeneration, ist er infolgedessen so willensschwach, daß er sich dem Trunke und sexuellen Ausschreitungen dauernd und aus eigener Kraft nicht zu entziehen vermag? War dieser Zustand bereits vor der am 14. April 1896 geschlossenen Ehe der Parteien vorhanden?"

Über den Beklagten sind bereits früher von seiten des Oberarztes Dr. S. (am 17. Dezember 1902)*) und seitens des Unterzeichneten (am 17. Februar 1903**) sowie am 3. November 1903)***) gutachtliche Äußerungen erfolgt, auf welche hiermit Bezug genommen wird. Aus dem erstgenannten Gutachten sei hier nur nochmals hervorgehoben, daß X. im Herbst 1900 der Anstalt C. zuging auf Grund eines Attestes, in dem es unter anderem heißt, daß er erblich belastet und seit vielen Jahren chronischer Alkoholist ist. Er selbst erklärte, daß er seit längerer Zeit an Platzfurcht leide und schon 1894 im Sanatorium zu N. war. Seine Mutter sei aufgeregt und reizbar, ein Bruder sehr nervös, er sowohl wie sein Bruder werden auch nach wenig Alkohol leicht aufgeregt. Der jüngste Bruder, obwohl befähigt, hat durch übermäßigen Alkoholgenuß dermaßen die Energie verloren, daß er bereits 20 Jahre Medizin studiert.

Die gleichen Angaben über erbliche Belastung machte der Angeklagte mir gegenüber, wie mein erstes Gutachten ergibt; er sprach damals selbst von einer angeborenen nervösen Anlage. Aus meinem zweiten Gutachten entnehme ich speziell noch, daß Dr. O. in B., der den Beklagten vom 24. Juni 1899 bis 25. September 1899 in seiner Nervenheilanstalt behandelte, zu der Ansicht neigt, daß es sich bei X. um eine ererbte nervöse Schwäche handle, die sich unter anderem im Trinken äußerte und dadurch verschlimmert wurde.

Die beiliegenden Akten der Anstalt C. bestätigen die Angabe des Dr. S., ohne wesentlich neues zu bringen, nur ist in denselben noch notiert, das X 9 Jahre vorher Delirium gehabt hatte. Aus den Akten der Anstalt W., in der er — von C. aus überführt — vom 25. Januar 1901 bis 26. Mai 1902 sich befand, entnehme ich, daß er dem Anstaltsattest vom 25. Februar 1901 zufolge in „frühester Kindheit an Epilepsie gelitten hat, jetzt infolge Trunksucht wieder an epilepsieartigen Zuständen, Schwindelanfällen, Platzfurcht leidet, geistig geschwächt, willensschwach und einsichtslos ist". In einem Briefe seines Bruders vom 14. Mai 1901 wird von ihm gesagt, daß er zur Arbeit stets unlustig wäre. Seine Mutter schreibt unter anderem, daß die Sorge um ihre beiden Jüngsten ihren Lebensabend zu einem recht traurigen macht. In den Antwortbrief der Anstalt ist gesagt, daß Hans X. von Jugend auf ein krankhaftes Nervensystem besessen hat und dadurch auf die Bahn des Trunkes geraten und seinen Folgen leichter erlegen ist.

Die neuerdings erfolgten Zeugenvernehmungen haben für die mir vorgelegten Fragen folgendes ergeben: Die beiden Brüder des Beklagten haben, über den früheren Krankheitszustand desselben befragt, ihr Zeugnis verweigert, ebenso der Dr. P. in N. über die Frage, ob X. 1894 an Delirium gelitten hat. Der Gastwirt K. kannte den Angeklagten vor zehn Jahren, er hat nichts Auffälliges bei ihm bemerkt. Der Oberinspektor B., bei dem er etwa 1890 als Volontär beschäftigt gewesen zu sein scheint, hat ihn wegen einiger Nachlässigkeiten entlassen, fand ihn jedoch sonst durchweg ordentlich und solide ohne Spuren krankhafter Anlage. Sein früherer Lehrmeister weiß, daß er gern Bier trank und vor etwa zehn Jahren in die Heilanstalt in N. gebracht wurde. Der Obermaschinenmeister N., bei dem er 1893 arbeitete, erfuhr von X.s Vater, daß er leichtsinnig sei, er fand ihn nicht besonders fleißig und dem Trunke nicht abgeneigt. Er hat gehört, daß X. 1894 auf einige Tage verschwunden war, X. selbst erzählte ihm später, daß er vor Erregung über den Tod seines Vaters an dessen Sarge ohnmächtig umgefallen sei, hinterher habe er sich nicht anders helfen können, als daß er eine Flasche Kognak getrunken habe, er wäre dann von Haus fortgegangen, wisse nicht, wo er geblieben sei, habe auch einen mißglückten Selbstmordversuch durch Erschießen gemacht. Der Bürgermeister L. bekundet, daß X. im September, Oktober, November 1903 in R. lebte, er hat ihn in der Zeit mehrere Male betrunken gesehen. Vorher solle X. in der Trinker-Heilanstalt in U. gewesen sein, beschäftigt hat er sich in R. nicht. Sein damaliger Wirt H. fand ihn im ganzen solide, er war körperlich sehr heruntergekommen, kam aus der Anstalt in U. ganz abgezehrt Als er sich gekräftigt fühlte, hat er sich Arbeit zu verschaffen versucht, aber erfolglos. Der Buchdruckereibesitzer K. hat ihn 1893 als unzuverlässigen und unfleißigen Arbeiter kennen gelernt, der an unpassender Stelle kneipte und sich dann taktlos benahm. Der Anstaltsarzt Dr. B. in W. hat bei dem Beklagten mäßiges Vorstehen der Augen, zeitweise schwankende Bewegungen der Augäpfel und Hypospadie gefunden. Bezüglich der letzten Mißbildung gab ihm X. an, daß sie sich auch bei einem Bruder von ihm und einem Sohn dieses Bruders finde. Dr. B. erklärt danach diesen Befund für ein ausgesprochenes Degenerationszeichen, welches die erbliche Veranlagung der Familie ergibt. —

Die vorstehend zusammengefaßten Ermittlungen über des Beklagten Entwicklung, über die bei ihm und seinen Angehörigen vorhandenen Abnormitäten in körperlicher und geistiger Beziehung, lassen die Annahme genügend begründet erscheinen, daß er infolge erblicher Belastung von vornherein eine wenig widerstandsfähige Konstitution in nervöser und psychischer Beziehung besitzt und damit in die Gruppe derer einzureihen ist, für die die moderne Irrenheilkunde den Begriff der Entartung geprägt hat. Die erste mir vorgelegte Frage muß ich demnach bejahen.

Was die zweite anlangt, so ist die Tatsache, daß Beklagter trunksüchtig ist, und infolge seiner Trunksucht sexuelle Ausschreitungen begangen hat, wohl zweifellos. Da ein solcher Verfall in Trunksucht sehr wohl auf dem Boden degenerativer Veranlagung entstehen kann, da eine solche vorhanden ist, da weiterhin die eigenen Angaben des Beklagten dafür sprechen, daß er dem Trunke verfallen ist auf Grund seiner nervösen Anomalie, da auch die wiederholte Rückfälligkeit diese Annahme unterstützt, halte ich allerdings dafür, wie ich schon früher ausgesprochen habe, daß die Trunksucht des Beklagten die Folge seiner angeborenen Minderwertigkeit ist und daß er sich ihr deshalb dauernd und aus eigener Kraft nicht zu entziehen vermag. Ich muß also auch die zweite Frage bejahen.

Desgleichen die dritte, denn, wie gesagt, der Zustand des Beklagten ist ein angeborener; er hat sich auch offenbar bereits vor der Ehe geäußert, wofür die Aufsuchung der Nervenheilanstalt im Jahre 1894 und der Vorfall beim Tode des Vaters im gleichen Jahre spricht."

Gewiß ist die Nichtigkeit der Ehe, die auf Grund meines Gutachtens in diesem Falle ausgesprochen worden ist, kein ausreichender Ersatz der Ehescheidung. Das Bedenken, daß eine in gutem Glauben geschlossene Ehe auf diese Weise nachträglich zum Konkubinat wird, ist allerdings insofern nicht durchgreifend, als die Kinder aus einer solchen Ehe gemäß § 1699 des Bürgerlichen Gesetzbuches als ehelich gelten. Immerhin verkenne ich nicht, daß es sich hier nur um ein Aushilfsmittel handelt. Aber da vielleicht wenig Aussicht besteht, eine baldige Änderung der Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches herbeizuführen, schien es mir geboten, doch auf die Möglichkeit hinzuweisen, die schon das bisherige Gesetz gibt, die allerschwersten Härten zu beseitigen.

---

*) Dieses Gutachten hielt den X. wegen alkoholistischer Geistesstörung für unzurechnungsfähig für die im Sommer 1900 gegen seine Frau begangenen Mißhandlungen und Schamlosigkeiten.

**) Dieses Gutachten hatte das derzeitige Bestehen eines Verfalles in Geisteskrankheit solchen Grades verneint, „daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist".

***) In diesem Gutachten war die Möglichkeit zugegeben worden, daß X. dem Alkoholismus auf Grund erblicher Anlage verfiel.

Beitrag zur Frage der Entstehung eines Aortenaneurysmas nach Unfall.

Von Kreisarzt **Dr. Krohne**-Düsseldorf.

Die früher oft umstrittene Frage, ob Aneurysmen der großen Gefäße lediglich infolge eines Traumas zur Entwicklung kommen können, ist durch die fruchtbringenden wissenschaftlichen Erfahrungen, welche die ärztliche Gutachtertätigkeit im Rahmen unserer modernen Unfallversicherungsgesetze gezeitigt hat, eigentlich schon längst in bejahendem Sinne entschieden worden. Dennoch wird der traumatische Ursprung der Aneurysmen in neuerer Zeit wieder verschiedentlich angezweifelt mit dem Hinweis darauf, daß für die Mehrzahl der Aneurysmen die Syphilis das ursächliche, das Trauma aber nur das auslösende Moment bilde; so behauptet z. B. Arnsperger (Deutsches Archiv f. klin. Medizin 1903, Bd. 78, H. 5—6), daß die für die traumatische Entstehung des Aneurysmas angeführten Befunde meist auf Irrtum beruhten, und auch Heller meint nach eingehenden Untersuchungen (Deutsch. Archiv. f. klin. Medizin, Bd. 79, 1904), daß die Fälle traumatischer Aneurysmen äußerst selten seien, die syphilitische Aortitis mit nachfolgendem Aneurysma dagegen am häufigsten vorkomme.

Ich halte diese Schlußfolgerungen der genannten Autoren entschieden für zu weitgehend, bin vielmehr, ohne die Bedeutung der Syphilis für die genannten Gefäßerkrankungen verkennen zu wollen, der Ansicht, daß nach den Erfahrungen der letzten 20 Jahre auch das Trauma als primäre Entstehungsursache der Aneurysmen die ernsteste Aufmerksamkeit verdient.

Jedenfalls muß aber mit Rücksicht auf die zahlreichen Möglichkeiten, die für die Entwicklung eines Aneurysmas in Betracht kommen können, die Frage, ob ein Unfall als Ursache angesehen werden kann, in jedem Einzelfall ganz besonders sorgfältig untersucht werden. Berücksichtigen wir, daß ein traumatisches Aneurysma meist erst nach längerer Zeit, manchmal erst nach mehreren Jahren, zur Entwicklung und zur Entdeckung kommt, daß ferner in manchen Aneurysmafällen, deren Entstehung durch Unfall als unzweifelhaft galt, bei der späteren Leichenöffnung ausgedehnte arteriosklerotische oder sonstige Entartungsprozesse der großen Gefäße als wirkliche Ursache des Aneurysmas festgestellt wurden, und daß vor allem die individuelle Widerstandsfähigkeit des einzelnen Menschen gegen heftige, auf sein Gefäßsystem einwirkende Verletzungen, Stoß, Schlag, Fall auf Brust, Bauch etc. eine äußerst verschiedenartige ist, so müssen wir ohne weiteres zugeben, daß alle diese Momente die Entscheidung der Frage, ob wir es mit einem traumatischen Aneurysma zu tun haben, besonders am lebenden Menschen oft recht schwierig gestalten. Die Art des erlittenen Unfalles, Größe und Umfang der einwirkenden Gewalt, der zur kritischen Zeit vorhandene Gesundheitszustand, und schließlich die genaue Zeitfolge der eintretenden Krankheitserscheinungen müssen in allen Fällen sicher festgestellt und ihrer speziellen Bedeutung nach gegeneinander abgeschätzt werden.

Über die hinreichend bekannten, verschiedenartigen pathologisch-anatomischen Vorgänge, die sich nach einer entsprechenden Verletzung an den Gefäßwandungen abspielen und schließlich das Aneurysma zu seiner vollen bedrohlichen Entwicklung bringen, brauche ich mich an dieser Stelle nicht ausführlich zu äußern. Ich möchte nur die Ansicht aussprechen, daß in zahlreichen Fällen nicht die meist vermutete eigentliche Verwundung der Intima — also etwa ein durch die Verletzung entstehender kleiner Einriß derselben — sondern allein schon die besonders heftige, eine bestimmte Stelle des Gefäßes treffende Erschütterung für die Entstehung des Aneurysmas das entscheidende Moment bilden kann und wird. Eine starke, das Gefäßrohr treffende Erschütterung wird zweifellos an der Stelle der auftreffenden Gewalt, ganz ebenso wie an den äußeren sichtbaren Körperstellen, eine zunächst leichte Alteration, eine geringe trophische Störung, eine Überreizung des verletzten Gewebes verursachen. Während nun aber unblutige Gewebsschädigungen der äußeren Körperdecken, Quetschungen etc. oft in wenigen Tagen oder in noch kürzerer Zeit sich zur Norm zurückbilden, liegen diese Verhältnisse an den großen Gefäßen viel ungünstiger. Hier wird oft der im Gefäßrohr fortdauernd vorhandene, starke Druck des rasch fließenden Blutstromes die schnelle und vollkommene Regeneration des durch eine starke Erschütterung geschädigten Gewebes der Gefäßwandung verhindern. Für ein auch nur leicht verletztes Blutgefäß gibt es eben keine Ruhe, keine Erholung, wie etwa für eine gequetschte Hand, die nach einer Verletzung längere Zeit geschont, d. h. außer Funktion gesetzt wird. Und so ist es ohne weiteres klar, daß — trotz der besonderen anatomischen Widerstandsfähigkeit der Gefäßwände — eine durch Erschütterung alterierte, überreizte und damit geschwächte Blutgefäßwandung dem normalen Blutdruck einen geringeren Widerstand entgegensetzt, daß ferner diese Schwäche der getroffenen Stelle mehr und mehr zunimmt und schließlich zu einer Verdünnung und Zerrung des geschwächten Gewebes und damit zur Entwicklung eines Aneurysmas führen kann. Aus allen diesen Gründen glaube ich eben, daß schon der bloßen Erschütterung der Gefäße auch ohne eigentliche Zusammenhangstrennung der Intima die größte Bedeutung beizumessen ist, und ich glaube ferner, daß auf dieser Basis der Folgewirkungen mehr Aneurysmen entstehen, als uns überhaupt bisher bekannt ist.

Jedenfalls dürften diejenigen traumatischen Aneurysmen, die erst allmählich sich entwickeln, meist in der soeben geschilderten Weise zur Ausbildung kommen, während die nach Verletzungen rasch entstehenden und stürmisch verlaufenden Aneurysmata sich wohl direkt im Anschluß an kleine Einrisse der Intima (Aneurysma dissecans) bilden.

In Übereinstimmung mit dem, was ich über die Bedeutung der bloßen Erschütterung großer Gefäße bemerkt habe, möchte ich aber noch ferner darauf hinweisen, daß ich in denjenigen Fällen, bei denen durch die Leichenöffnung das Vorhandensein selbst ausgedehnter arteriosklerotischer Veränderungen festgestellt wird, die bedingungslose Verneinung der Frage, ob das Aneurysma trotz des anscheinend arteriosklerotischen Ursprunges nicht doch auf einen Unfall zurückzuführen sei, nicht ohne weiteres für gerechtfertigt halten würde.*) Tausende von Menschen sind mit Arteriosklerose behaftet, ohne daß dieselben gerade infolge eines durch ihre Arteriosklerose entstandenen Aneurysmas zugrunde gehen. Im Gegenteil dürfte in den zahllosen Arteriosklerose-Todesfällen nur für die kleinere Anzahl ein Aneurysma die direkte Veranlassung zum Tode sein. Ich kann mir aber sehr wohl vorstellen, daß ein Stoß vor die Brust eines mit ausgedehnter Arteriosklerose behafteten Menschen die schon kranke Gefäßwand der Aorta in so erheblichem Maße alteriert, daß nun erst in dem am stärksten erschütterten Gefäßwandungsgebiet eine Schwächung eintritt, die zu ausgedehntem Aneurysma und zu raschem Tode führt. Ein derartiger Todesfall würde unter bestimmten Voraussetzungen, analog mehrfachen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, im Sinne einer den Tod unmittelbar veranlassenden und erheblich beschleunigenden Ursache als Folge der erlittenen Verletzung anzusprechen sein.

Ich möchte nun im nachstehenden über einen äußerst interessanten, tödlich verlaufenen Fall eines nach Verletzung entstandenen Aortenaneurysmas berichten, den ich — nach vorgängiger Behandlung durch mehrere Kollegen — zusammen mit einem dieser

*) Dr. Pantzer, Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1898 II. Heft S. 313.

Kollegen in meinem früheren Amtsbezirk Kreis Ziegenrück zu beobachten und durch die vorgenommene Leichenöffnung aufzuklären Gelegenheit hatte:

Der Bergrat S. in Z., ein vollkommen gesunder und ungewöhnlich kräftiger Mann von 44 Jahren erlitt im August 1903 einen heftigen Stoß vor die linke Brust dadurch, daß er gelegentlich eines ihn im hohen Grade erregenden Dienstgeschäftes in der Absicht, rasch in sein Arbeitszimmer einzutreten, mit voller Wucht vor die Kante der halbgeöffneten Türe rannte. Er wurde für einige Augenblicke bleich und empfand offenbar, trotzdem er sich den anwesenden Personen gegenüber zu beherrschen versuchte, einen außerordentlich heftigen Schmerz an der getroffenen Stelle der linken Brustwand. Einige Zeit nach dem Unfall fühlte er sich wieder wohl und verrichtete ohne Störung seine Dienstgeschäfte. Nach etwa 3—4 Monaten stellten sich bei ihm allerlei unbestimmte Beschwerden, wie Druckgefühl in der Brust, nächtliche Unruhe, Müdigkeit und dergleichen ein, deren Intensität allmählich zunahm. Dem Druckgefühl in der Brust gesellte sich eine sich mehr und mehr steigernde Kurzatmigkeit und deutliche Kräfteabnahme zu. Anfang des Jahres 1904 konsultierte Patient seinen Hausarzt, der aber trotz eingehender Untersuchung keine nachweisbaren krankhaften Veränderungen finden und nur eine „Nervosität“ feststellen konnte. Die genannten Beschwerden, insbesondere die Brustschmerzen und die Mattigkeit, wurden immer heftiger, dazu trat im Frühjahr 1904 eine anfänglich geringe, dann immer stärker werdende Heiserkeit, so daß Patient selbst seine Leiden für Lungenschwindsucht hielt. Auch die erneute Untersuchung durch einen Arzt gab keinerlei Anhaltspunkte für eine bestimmte Diagnose, insbesondere keinerlei lokale Erscheinungen eines vermuteten Lungen- und Kehlkopfleidens oder einer sonstigen Organerkrankung. Der Arzt konnte nur eine hochgradige „Nervosität und Hypochondrie“ feststellen und veranlaßte daher den seelisch und körperlich sehr heruntergekommenen Patienten, Mitte Juni, zur Erholung den Luftkurort Ziegenrück aufzusuchen. Hier kam er in recht schlechtem Zustande an und begab sich in Behandlung des Kollegen Herrn Dr. Reif in Z. Dieser hegte schon während der Behandlung mit Rücksicht auf den Kräfteverfall und auf die erheblichen Brustbeschwerden beim Fehlen irgendwelcher tuberkulöser Krankheitserscheinungen und mit Hinsicht auf die Heiserkeit und die festzustellende Parese des aufsteigenden Astes des linken N. recurrens die Vermutung, daß es sich um einen malignen Mediastinaltumor bzw. um ein Aortenaneurysma handle, dessen Druck auf den genannten Nerven die Heiserkeit bewirkte.

Am Abend des 26. Juni erlitt der Herr S., dessen Zustand sich täglich verschlimmert hatte, im Beisein des Herrn Dr. Reif einen plötzlichen Blutsturz, durch den in mehreren Stößen nicht unerhebliche Mengen Blut herausbefördert wurden, verfiel in Agonie und verstarb am frühen Morgen des 27. Juni.

Auf Wunsch der Angehörigen, die an der Aufklärung der Frage, ob der Tod eine Folge des erlittenen Bruststoßes sei, ein wesentliches Interesse hatten, nahm ich am 28. Juni, zusammen mit Herrn Kollegen Dr. Reif-Ziegenrück, die Leichenöffnung vor. Dabei fand sich in der Hauptsache folgendes:

Die Leiche war die eines ungewöhnlich kräftigen Mannes; irgendwelche äußere Verletzungen, insbesondere Verletzungen der linken Brustwand fanden sich nicht. In der Kopfhöhle und Bauchhöhle wurden krankhafte, den Eintritt des Todes veranlassende oder beschleunigende Veränderungen nicht festgestellt. Dagegen bot die Brusthöhle folgenden bemerkenswerten Befund:

In beiden Brusthöhlen nur wenig blutige Flüssigkeit, der Herzbeutel schlaff. Die beiden Ventrikel des Herzens enthalten nur sehr geringe Mengen flüssigen Blutes, die Wände der beiden Ventrikel sind schlaff, im übrigen am Herzen nichts Abnormes. Bei der kunstgerechten Herausnahme des Herzens finden sich in der Intima des Anfangsstückes der Aorta einige deutlich verdickte, grau-weiß verfärbte Stellen, die beim leichten Reiben in bröcklige Massen zerfallen. Die Lungen waren sehr blutreich, das Gewebe ziemlich brüchig, auf Druck entleert sich viel blutiger Schaum.

Nach Herausnahme der Lungen zeigte sich eine vor der Wirbelsäule liegende weiche Geschwulst von der Größe einer kräftigen Kinderfaust, die mit der Gesamtumgebung mehr oder weniger fest verwachsen war. Diese Geschwulst wurde im Zusammenhang mit Luftröhre, Speiseröhre, Kehlkopf, Schlund und Zunge herausgenommen. Nach sorgfältiger Trennung und Besichtigung der einzelnen Teile fand sich, daß die Geschwulst dargestellt wurde durch eine erhebliche, sackförmige Erweiterung des oberen Bogens der großen Herzschlagader, die an dieser Stelle mit einer großen Menge fester Blutgerinnsel fast ganz ausgefüllt war. An der Stelle, an der der Aortenbogen dem linken Bronchus anlag, befand sich in der hinteren Wand der Aorta eine bohnengroße, lochartige Öffnung mit unregelmäßigen, gefetzten Rändern, durch die ein Durchbruch in die Luftröhre erfolgt war. Die Perforationsöffnung in der Luftröhre war indessen ziemlich klein und nur schwer aufzufinden. In dem aneurysmatisch erweiterten Wandgebiet der Aorta fanden sich in der Intima in der Umgebung der Perforationsöffnung verschiedene grauweiße, bröcklige Erweichungsherde, die sich bis in den Anfangsteil der linken Carotis communis fortsetzten. In der Luftröhre war eine geringe Menge blutigen Schleimes. Weitere krankhafte Veränderungen wurden, auch bei der Untersuchung der übrigen großen Gefäße, bei der Sektion nicht festgestellt. Auf Grund des Leichenbefundes gaben wir unser vorläufiges Gutachten dahin ab, „daß das geplatzte, in die Luftröhre durchgebrochene Aortenaneurysma die Todesursache sei, und daß die Entstehung des Aneurysmas möglicherweise auf einen Unfall zurückzuführen sei.

Nach einigen Monaten wurde ich nun behufs Feststellung der von der Witwe des Verstorbenen wegen des „Betriebsunfalles ihres Mannes mit nachfolgendem Tode“ geltend gemachten höheren Pensionsansprüche vom Oberbergamt in H. um ein motiviertes Gutachten in der Sache ersucht; gleichzeitig mit dieser Aufforderung erhielt ich eine eingehende Darstellung der Vorgeschichte des Falles (die protokollierten Aussagen sämtlicher Zeugen des Unfalles, der Anverwandten und der vorbehandelnden Ärzte), wie ich dies oben schon näher beschrieben habe, und gab nunmehr folgendes Gutachten ab:

D., d. 24. 10. 1904.

Auf Ersuchen des Oberbergamtes in H. erstatte ich im nachstehenden ein Gutachten über die Frage, ob die von mir bei Eröffnung der Leiche des Bergrates S. am 28. Juni 1904 in Ziegenrück als Todesursache festgestellte Ausbuchtung der Herzschlagader mit Sicherheit auf einen am 5. August 1903 erlittenen Unfall (Stoß vor die linke Brust, wie aus den Akten ersichtlich) des Bergrates S. zurückzuführen ist.

Bei der Leichenöffnung am 28. Juni hatte ich in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Reif in Ziegenrück festgestellt, daß

1. Der Tod des S. eingetreten war infolge Platzens einer krankhaften, hochgradigen Wandausbuchtung der großen Herzschlagader (Aneurysma aortae),
2. daß dieses Aneurysma der Herzschlagader die direkte Folge eines Erweichungsprozesses der inneren Gefäßwandung war und
3. daß andere Krankheitserscheinungen, welche den Eintritt des Todes hätten veranlassen oder auch nur beschleunigen können, an der Leiche nicht festzustellen waren.

Nach dem Befunde der Obduktion und nach den nunmehr vorliegenden Bekundungen der vorbehandelnden Ärzte, insbesondere der mir gegebenen ausführlichen Darstellung des Herrn Dr. Reif-Ziegenrück, der den Kranken wenige Wochen vor dem Tode in Behandlung genommen und beobachtet hat, kann es gar keinem Zweifel mehr unterliegen, daß die zu Lebzeiten des S. beobachteten, damals schwer erklärbaren Krankheitserscheinungen und Klagen — Schmerzen in der linken Brust, Kurzatmigkeit, Nervosität, Mattigkeit, fahles Aussehen, Heiserkeit mit partieller Lähmung eines den Kehlkopf versorgenden Nerven, schließlich Blutsturz und hochgradiger Kräfteverfall — sämtlich in der Entwicklung bzw. in dem Bestehen des schließlich geplatzten Aneurysmas ihre einwandfreie Erklärung finden.

Um nun darüber Klarheit zu gewinnen, inwieweit das den Tod verursachende Leiden eine Folge des im August 1903 erlittenen Unfalles sei, müssen wir folgendes erwägen: Ein Aortenaneurysma kann als ein Folgezustand verschiedener Erkrankungen, insbesondere Herzkrankheiten, primärer Gefäßentzündungen, Blutgefäßverkalkungen, Syphilis und im Anschluß an Verletzungen zur Entwicklung kommen. Gerade die Entwicklung eines Aneurysmas als Folge der Einwirkung einer stumpfen, verletzenden Gewalt ist in neuerer Zeit in zahlreichen Fällen beobachtet worden, so daß nach dem heutigen Stande der Wissenschaft dem Unfall als Entstehungsursache für das Aneurysma eine große Bedeutung beizumessen ist. Übertragen wir diese wissenschaftlichen Erfahrungen auf den vorliegenden Fall, so müssen wir zu folgendem Schluß kommen:

Daß das Aneurysma des S. die Folge einer Herzerkrankung, einer Syphilis oder irgendeiner **allgemeinen** Blutgefäßerkrankung sein könnte, ist völlig ausgeschlossen. Denn einmal ist S. bis zu seiner Verletzung im August 1903 ein vollkommen gesunder blühender Mann gewesen, dann aber hat sich auch bei der Leichenöffnung kein Anzeichen einer der genannten Krankheiten gefunden, vielmehr war der in der Herzschlagader gefundene Erweichungsprozeß der Gefäßinnenwandung lediglich auf die Aorta und das Anfangsstück der von dieser ausgehenden großen Halsschlagader beschränkt.

Im August 1903 hat nun der bis dahin völlig gesunde Bergrat S. einen heftigen Stoß vor die linke Brust erlitten, der zweifellos eine erhebliche Erschütterung des Brustkorbes, der Brustorgane und schließlich eine Alteration, vielleicht sogar einen kleinen Einriß der sehr feinen und leicht verletzbaren Innenhaut der Herzschlagader (Intima aortae) bewirkt hat. Derartige kleine Verletzungen der Innenhaut einer großen Schlagader machen oft anfänglich gar keine Beschwerden; erst allmählich kommt es zu einer leichten Entzündung an der Verletzungsstelle, die hier zu einer allmählich sich ausbreitenden Erweichung der inneren Gefäßwand führt, die erweichte Gefäßwand dehnt sich unter der Einwirkung des ständigen Blutdruckes mehr und mehr aus, es kommt zu einer immer größer werdenden sackförmigen Wandausbuchtung, die schließlich an der schwächsten Stelle zum Platzen kommen kann. Zweifellos hat sich die Entwicklung eines Aorten aneurysmas auch bei dem Bergrat S. in dieser Folge abgespielt.

Der Umstand, daß S. vor der Verletzung völlig gesund war, daß er erst im Anschluß an den Unfall erkrankte, und daß die Krankheitserscheinungen und Beschwerden sich in einer Weise steigerten, die dem Bilde der Entwicklung eines Aneurysmas durchaus entspricht, schließlich die charakteristischen Erscheinungen des plötzlich eintretenden Todes und der spätere Leichenbefund sprechen unter Berücksichtigung der oben ausgeführten wissenschaftlichen Erfahrungen mit unverkennbarer Deutlichkeit für einen direkten Zusammenhang zwischen Unfall und eingetretenem Tode.

Nach alledem gebe ich mein endgültiges Gutachten dahin ab, daß der Tod des Bergrates S. als eine direkte Folge des im August 1903 erlittenen Unfalles anzusehen ist.

Dr. R.

Auf Grund dieses Gutachtens ist der Witwe des Verstorbenen die dreifach höhere Pension zugebilligt worden.

Der vorstehende Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant und lehrreich. Er zeigt zunächst wieder einmal, wie schwierig es unter Umständen ist, das Vorhandensein eines Aortenaneurysmas am Lebenden zu diagnostizieren. Die bei Perkussion der Brust oft zu findende Dämpfung über dem Aortenaneurysma, Pulsation, Schwirren der Brustwand waren hier seitens der behandelnden Ärzte trotz eingehender Untersuchung nicht festzustellen. Erst das Auftreten der Heiserkeit und der Kehlkopfbefund konnten zu der Vermutung führen, daß es sich um die Wirkung eines Druckes auf den linken Nervus recurrens durch einen in der Brusthöhle wachsenden Tumor handle. Ob das Aneurysma durch die ja außerordentlich heftige bloße Erschütterung der großen Herzschlagader oder infolge eines durch die genannte Erschütterung entstandenen Einrisses der Intima zustande gekommen ist, ließ sich durch die Obduktion nicht feststellen; das wird in solchen Fällen überhaupt oft schwer bzw. unmöglich sein, da ein stattfindender Erweichungsprozeß leicht die Erkennung einer solchen Verletzung der Intima unmöglich machen wird. Nach dem schon oben gesagten glaube ich, daß die große Gewalt des Stoßes und die dadurch bewirkte Erschütterung der Brustorgane allein schon hinreichend war, die verhängnisvolle Erkrankung der Gefäßwandung hervorzurufen. Ich möchte aber hierbei noch besonders darauf hinweisen, daß der Bergrat S. sich im Moment der stattfindenden Verletzung — infolge einer sehr unliebsamen Auseinandersetzung mit einem Untergebenen — **im Zustande hochgradiger Erregung** befand! Wenn wir bedenken, daß heftige Erregungen eine erhebliche Drucksteigerung im Herzen und den großen Gefäßen hervorrufen, daß ferner Fälle bekannt geworden sind, in denen starke Gemütsbewegungen eine plötzliche Ruptur der — allerdings krankhaft veränderten — Aorta bewirkt haben*), so ist es aus rein physikalischen Erwägungen ohne weiteres klar, daß ein heftiger Stoß vor die Brust, der gerade das infolge hochgradiger Erregung unter starker Spannung stehende Aortenrohr erschüttert, dasselbe erheblich schwerer alterieren wird, als wenn der Stoß im Zustande der Körperruhe die unter normalem Druck stehende Aorta treffen würde.

Man kann unter diesen Umständen also wohl mit vollem Recht behaupten, daß die starke Gemütserregung im Augenblick der stattfindenden Verletzung in besonderem Maße zu der gefährlichen Entwicklung der Unfallsfolgen beigetragen hat. Ich glaube daher, daß es von Wert ist, bei einer Entscheidung darüber, ob ein Aortenaneurysma auf einen Unfall zurückzuführen ist, auch immer der Frage der Gemütsverfassung, in der sich der Verletzte zur Zeit des Unfalles befand, Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Schließlich möchte ich noch kurz bemerken, daß nach meiner Ansicht — wie schon aus meinem Gutachten hervorgeht — das

*) F. Leppmann, Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1900. Wann sind Zerreißungen der großen Körperschlagader als Unfallfolgen zu betrachten? S. 277.

eigentliche, den raschen Tod direkt herbeiführende Moment nicht in dem Blutsturz, der beim Durchbruch des Aneurysmas in die Luftröhre stattfand, d. h. also nicht in dem Blutverlust — denn der war hier nicht unbedingt tötend gewesen — sondern lediglich und in der Hauptsache in dem Bersten der großen Herzschlagader zu suchen ist. Das Bersten der Aorta allein muß unbedingt schon einen Stillstand des Herzens herbeiführen, die Blutung aber ist hier — von einzelnen Fällen abgesehen — nur das den Tod beschleunigende Ereignis.

Über einen Fall traumatischer Nervenerkrankung mit Paralysis agitansähnlichen Symptomen.

Von
Dr. **Georg Flatau**, Berlin.
Nervenarzt.

Ich hatte Gelegenheit, in der Klinik für Unfallverletzte des Herrn Dr. Georg Müller eine Kranke zu sehen, die in gutachtlicher und differentialdiagnostischer Beziehung manches Interessante bot, weshalb ich den Fall an dieser Stelle veröffentliche.

Fräulein I. R., 42 Jahre alt, verunglückte am 25. Juli 1900 dadurch, daß sie von einer Treppe herunterstürzte, wie hoch, weiß sie selbst nicht anzugeben. Sie war bewußtlos und wurde auf der rechten Seite liegend vorgefunden, der rechte Arm lag unter dem Kopfe. Sie hatte Verletzungen an der rechten Kopfseite und auf der Nase. Der rechte Arm war gebrochen. Am rechten Bein befanden sich blutunterlaufene Stellen. Der rechte Arm wurde in einen Schienenverband gelegt und blieb dann 3 Tage in Hang. Danach wurde der Arm eingerenkt und in einen Gipsverband gelegt, welcher 4 Wochen liegen blieb. Sie hatte Schmerzen im rechten Bein, ein wüstes Gefühl im Kopf, litt an Vergeßlichkeit und Schwindelgefühl. Nachdem der Arm aus dem Verband genommen war, war er steif und wurde mit mechanischen Bewegungen und Massage behandelt. Dabei hatte sie große Schmerzen auszuhalten. Auch eine Schwellung des rechten Handrückens soll bestanden haben. Einige Monate nach der Verletzung bemerkte sie ein Zittern, zunächst im rechten Arm und in der rechten Hand. Erst später nahm dasselbe bis zu dem jetzt noch zu beschreibenden Zustande zu. Über ein Zittern im linken Arm weiß sie selbst nichts anzugeben.

Bei der Untersuchung gibt sie folgende Beschwerden an:

Sie klagt jetzt über Schwäche und abnormes Gefühl im rechten Oberschenkel, auch ein Zittern im rechten Arm soll sich eingestellt haben, ferner das Zittern der rechten Hand, das sie dadurch zu bekämpfen sucht, daß sie den Arm mit der linken Hand fixiert. Dann klagt sie über Kopfschmerzen und zeitweise auftretendes Schwindelgefühl. Herzklopfen besteht nicht, dagegen Aufgeregtheit und Empfindlichkeit gegen Geräusch. Beim Blick nach unten besteht Schwindel, beim Herabgehen von einer Treppe Ängstlichkeit und Unsicherheit.

Die heutige Untersuchung ergibt: Der Gesichtsausdruck ist starr. Sehr auffallend ist die Seltenheit des Lidschlages. Beim Kehrtmachen fällt keine wesentliche Schwindelerscheinung, auch keine Langsamkeit in der Bewegung auf. Die Kopfbewegungen werden ohne Steifigkeit ausgeführt. Die Augenbewegungen sind frei, die Pupillenreaktion sehr lebhaft. Beim ruhigen Stehen sieht man zunächst Zitterbewegungen der rechten Hand, die auch den Arm mit erschüttern. Durch aktive Bewegungen, Heben des Armes, Reichen der Hand, wird das Zittern für einen Augenblick vollständig beseitigt. Am linken Arm sieht man auch eine Andeutung des Zitterns, aber in viel geringerem Maße als am rechten. Durch die aktiven Bewegungen der linken Hand wird auch für einen Augenblick der Tremor der rechten Hand unterdrückt.

Die rechte Hand ist ein wenig nach der Ellenbogenseite abduziert. Das Handgelenk ist etwas verdickt, Muskelschwund an der Hand ist nicht wahrzunehmen. Läßt man sie die Finger einzeln bewegen, so ist eine bemerkenswerte Verlangsamung der Fingerbewegungen nicht vorhanden. Beim Händedruck wird mit der rechten Hand sehr wenig Kraft geleistet. Die Finger werden nur lose umschlossen, durch Zureden wird die Kraft nur wenig gesteigert. Die Streckung im Ellbogengelenk wird schon durch geringsten Widerstand beseitigt. Läßt man sie Ellenbogen-Beugen- und Strecken mehrere Male hintereinander ausführen, so läßt sich der beschriebene Tremor der Hand auf eine ganz geraume Zeit vollkommen unterdrücken. Nachdem man die oben genannten Bewegungen eine Zeitlang hat ausführen lassen, läßt sie ermüdet den Arm hängen, und auch jetzt fehlt der Tremor für ungefähr 2 Minuten ganz. Auch wenn man die ausgestreckten Hände vorn zusammenbringen läßt und diese Bewegung mehrere Male hintereinander wiederholt, so hört der Tremor vollkommen auf.

Knie- und Achilles-Phänomen sind beiderseits stark. Das ganze rechte Bein fühlt sich kühler an als das linke. An den Armen besteht kein Temperaturunterschied. Angeblich werden Nadelstiche auf der ganzen rechten Seite mehr empfunden als links. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein. Beim Bücken und Wiederaufrichten macht sich keine wesentliche Schwindelerscheinung bemerkbar. Beim Blick nach oben tritt kein Schwindel ein. Bei Aufgeregtheit wird das Zittern wesentlich heftiger, im Schlaf soll dasselbe ganz aufhören. Durch Suggestion im wachen Zustande läßt sich das Zittern nicht beeinflussen, hingegen läßt sich in einer eingeleiteten Hypnose eine geringe Verminderung der Stärke des Zittern herbeiführen.

Auf Grund der Beobachtung und Untersuchung ist jedenfalls das Vorhandensein eines nervösen Leidens festgestellt, dessen hauptsächliches Zeichen der beschriebene Tremor der Hände ist. Es handelt sich zunächst auch darum, festzustellen, welcher Art dieses Leiden ist. Unter den mit Zittern der Hände einhergehenden nervösen Erkrankungen, die nach Unfällen beobachtet werden, nenne ich zunächst folgende: Die Sklerosis multiplex. die Paralysis agitans und die rein nervöse Form des Unfall-Zitterns. In unserem Falle können wir Sklerosis multiplex ausschließen, da das Zittern nichts Charakteristisches für diese Krankheit hat und auch sonst alle diese Leiden entsprechenden Zeichen durchaus fehlen.

Für Paralysis agitans würde zunächst der äußere Anblick der Erkrankten sprechen, der etwas starre Gesichtsausdruck, die Seltenheit des Lidschlages und der Gang der Patientin. Auch findet man häufig bei Paralysis agitans, daß die Kranken das lästige Zittern durch Fixieren der Zitter-Extremität zu unterdrücken suchen. Es hätte in dieser Diagnose auch nicht jener Umstand gestört, daß sich eine Reihe von Symptomen mit diesem Leiden verbanden, die wir als Zeichen traumatischer funktioneller Nervenerkrankungen kennen, so der Schwindel, die Kopfschmerzen, die Zeichen der allgemeinen Aufgeregtheit, Schreckhaftigkeit, die funktionelle Schwäche der vom Unfall betroffenen Seite. Es ist ja bekannt, daß sich mit der Paralysis agitans andere Leiden verbinden können, sowohl organische, wie Tabes, als auch funktionelle Hysterie, Neurasthenie. Indessen hat uns eine eingehende und genaue Beobachtung des Zitterns und eine Analyse dieses Krankheitszeichens, ferner der Umstand, daß eine Reihe noch zu nennender, der Paralysis agitans zugehöriger Symptome durchaus fehlen, veranlaßt, diese Diagnose fallen zu lassen. Zunächst fehlt die Steifigkeit der Nackenmuskulatur, die bei Paralysis agitans sehr ausgesprochen ist, denn hier sind die

Kopfbewegungen aktiv und passiv durchaus frei. Auch in anderen Gelenken wurde nicht nur jede Steifigkeit vermißt, sondern es besteht sogar hier eine Herabsetzung des Muskel-Tonus. Auch bot bei näherer Betrachtung der Gang mehr ein etwas langsames und schwerfälliges Verhalten, nicht jenes charakteristische Vorwärtsschieben und jenes in Phasen geschehende Kehrtmachen, wie man es bei Paralysis agitans-Kranken findet. Das Zittern selbst erwies sich bei näherer Betrachtung als in seiner Schlagfolge schneller und auch ungleichmäßiger als das bei Paralysis agitans. Ferner ließ sich zeigen, daß es durch aktive Bewegungen für wesentlich längere Zeit unterdrückt werden konnte, auch nachdem die aktiven Bewegungen aufgehört hatten. Es erstreckte sich das Zittern auch auf mehrere Muskelgruppen. Es waren nicht nur die Fingergelenke beteiligt, sondern ganz besonders das Handgelenk. Auch die Entstehung im Anschluß an eine mit großen Schmerzen verbundene Gymnastik zur Mobilisierung des versteift gebliebenen Gelenkes sprechen mehr für einen funktionellen Tremor als für den der Paralysis agitans.

Somit kommen wir zu dem Schluß, daß es sich hier um eine Neurose handelt, und zwar um eine Hysteroneurasthenie mit dem besonders ausgeprägten Symptom des Zitterns. Die Zeichen hierfür sind in der oben gegebenen Krankendarstellung genugsam ausgeführt worden und können hier nur noch einmal kurz zusammengefaßt werden. Es waren dies, um mit den subjektiven Beschwerden anzufangen: Die Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit, der Schwindel beim Herabsteigen der Treppe, die Mattigkeit, Ermüdbarkeit neben großer Empfindlichkeit gegen Licht und starkes Geräusch, ferner die Erhöhung der Sehnenphänomene, die Herabsetzung der groben Kraft an der oberen und unteren rechten Extremität, der Überempfindlichkeit für Schmerzreize auf der rechten Körperhälfte und eine Herabsetzung der Temperatur, die sich besonders am rechten Bein der untersuchenden Hand deutlich darbietet.

Daß dieses Leiden als Folge des am 25. Juli 1900 erlittenen Unfalls anzusehen ist, scheint mir sicher, denn nach den unbestritten gebliebenen Angaben der Verletzten ist sie bis zu jener Zeit gesund, jedenfalls aber vollkommen erwerbsfähig gewesen. Ferner hat sich das Leiden ziemlich schnell nach der Verletzung eingestellt und hat besonders die Seite getroffen, welche der Verletzung ausgesetzt gewesen ist, nämlich den rechten Arm und das rechte Bein.*)

Die durch das Leiden verursachte Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit wurde auf 60% geschätzt. Man kann sich nicht mit vollkommener Sicherheit darüber aussprechen, ob eine Heilung bzw. eine wesentliche Besserung des Zustandes zu erzielen sein wird. Eine Behandlung zur Erzielung einer Besserung würde sich jedenfalls, wenn auch mit Unterbrechungen, über mehr als ein Jahr hinziehen müssen. Vorgeschlagen wurde die Behandlung in einem Institut für Unfallverletzungen, und sie würde bestehen müssen in Bädern, Anwendung von Elektrizität, Massage, Übungen und schließlich auch in hypnotischer Behandlung, für welche die Patientin nach den angestellten Versuchen nicht ungeeignet erscheint.

Auf die Frage, ob Simulation vorliegt, ein Verdacht, der in diesem Falle mehrmals ausgesprochen wurde, bin ich nicht weiter eingegangen. Es genügt wohl, auf die gegebene Darstellung zu verweisen. Die Frage ist damit im negativen Sinne entschieden.

---

*) Eine Gesichtsfeld-Einengung bestand nicht.

Aus der Praxis der Berufsgenossenschaften.

Beurteilung der Gebärmutter-Vorfälle vom Standpunkt des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes.

(Ziegelei-Berufsgenossenschaft.)

Ww. Anna Sch. will sich am 3. Juli 1903 einen Gebärmuttervorfall zugezogen haben, als sie beim Ziegelkarren auf dem durch Regen aufgeweichten Wege ausglitt. Anna Sch. setzte an diesem Tage ihre Arbeit fort und holte erst am folgenden Morgen einen Krankenschein. Augenzeugen des angeblichen Unfalls waren nicht vorhanden. Die Genossenschaft wies bei der Zweifelhaftigkeit des Falls den Anspruch auf Rentengewährung zurück. Zu einer anderen Entschließung kam in der Berufungsinstanz das Schiedsgericht, welches den Gebärmuttervorfall als eine direkte Folge des erlittenen Unfalls ansah und der Klägerin eine Teilrente von 25% zusprach. In dem Rekurs hiergegen wandte die Genossenschaft u. a. folgendes ein: „Die Tätigkeit, welche die Klägerin am 3. Juli 1903 in dem Betriebe ausübte, ging unseres Erachtens nicht über das Maß des betriebsüblichen hinaus. Wie die Sch. bei ihrer amtlichen Vernehmung erklärte, ist sie früher schon oft bei der Arbeit ausgeglitten, ohne daß sie sich einen Schaden zugefügt hat. Wäre der Gebärmuttervorfall infolge des Ausgleitens am 3. Juli 1903 entstanden, so würde die Klägerin nicht in der Lage gewesen sein, ihre Arbeit fortzusetzen, sondern sie hätte dieselbe sofort einstellen und ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen müssen. Nun nimmt auch der Dr. B. in seinem Gutachten vom 29. September 1903 an, daß bei der p. Sch. eine krankhafte Veranlagung schon vorher bestanden hat. Wenn daher bei der Klägerin der Gebärmuttervorfall tatsächlich am 3. Juli 1903 bei der Betriebsarbeit hervorgetreten ist, so kann letztere — ähnlich wie bei Leistenbrüchen —, höchtens als die Gelegenheits- nicht aber als die Entstehungsursache angesehen werden; denn der Gebärmuttervorfall hätte ebensogut bei jeder beliebigen Hausarbeit auftreten können. Das Schiedsgericht legt besonderen Wert darauf, daß der Dr. B. in seinem Gutachten angibt, er habe die Klägerin ca. drei Wochen vor dem Unfall an Halsentzündung behandelt. Zu der Zeit sei der Gebärmuttervorfall noch nicht vorhanden gewesen. Nach einer neueren Erklärung des Dr. B. habe dieser ärztliche Sachverständige aber bei seiner damaligen Untersuchung die Gebärmutter gar nicht untersucht. Da also die bezügliche Annahme des Schiedsgerichts nicht zutreffe, so zerfalle auch seine Folgerung.“

In der Entscheidung vom 22. September 1904 hat das Reichs-Versicherungsamt unter Aufhebung des Schiedsgerichtsurteils den ablehnenden Bescheid der Genossenschaft mit nachstehender Begründung wiederhergestellt:

„Nach der Erklärung vom 6. Mai 1904 hat Dr. B. das Nichtvorhandensein des Gebärmuttervorfalles bei der Klägerin vor dem 3. Juli 1903 nicht durch eine körperliche Untersuchung festgestellt, sondern nur aus dem Umstande gefolgert, daß die Klägerin, als er sie wegen Halsentzündung behandelte, über ein Gebärmutterleiden nicht geklagt hat. Hiernach ist es, wie die Beklagte mit Recht geltend macht, nicht ausgeschlossen, daß die Klägerin damals doch schon mit dem Gebärmuttervorfall behaftet gewesen ist. Sollte dies aber auch nicht der Fall gewesen sein, so kann doch nicht als erwiesen angesehen werden, daß jenes Leiden auf die von der Klägerin behauptete Weise am 3. Juli 1903 plötzlich und gewaltsam entstanden ist.

Wie die ärztliche, vom Reichs-Versicherungsamt als richtig anerkannte Erfahrung lehrt, entstehen Gebärmuttervorfälle bei Frauen, die, wie die Klägerin, mehrfach geboren haben und schwere körperliche Arbeiten verrichten müssen, aus einer durch diese Vorgänge geschaffenen krankhaften Veranlagung der Ge-

schlechtsorgane in der Regel allmählich, zuweilen in jahrelanger, oft sich kaum bemerkbar machender Entwicklung; hat diese Entwicklung einen gewissen Grad erreicht, so kann, ähnlich wie bei einem durch krankhafte Erweiterung der Bruchpforte sich allmählich ausbildenden Leistenbruche, jede körperliche Kraftleistung, eine ganz leichte tägliche Verrichtung ebenso gut, wie eine außergewöhnliche Anstrengung, das Vorfallen der Gebärmutter vor die äußere Scham herbeiführen. In solchem Falle ist aber die Entstehungsursache des Gebärmutterleidens nicht diejenige Tätigkeit, bei der der Gebärmuttervorfall gerade zufällig hervortritt, sondern die ihr vorangegangene allmähliche und deshalb unbeachtet gebliebene Entwicklung der vorhandenen krankhaften Veranlagung. Anders liegt die Sache, wenn eine plötzliche und gewaltsame Ausdehnung der Gebärmutterbänder durch übermäßige Anstrengung oder durch eine sonstige geeignete Gewalteinwirkung herbeigeführt wird, in welchem Falle allein das Vorfallen der Gebärmutter vor die äußere Scham als durch Unfall verursacht anzusehen ist. Ob das von der Klägerin behauptete und als Ursache ihres Gebärmutterleidens bezeichnete Fehltreten und Ausgleiten beim Schieben einer Karre mit gepreßten Ziegeln oder Röhren überhaupt als ein zur plötzlichen Hervorbringung eines Gebärmuttervorfalls geeigneter Vorgang anzusehen ist, mag dahingestellt bleiben. Denn im vorliegenden Falle ist den mit Rücksicht auf das seltene Vorkommen eines plötzlichen und traumatischen Gebärmuttervorfalls an die Beweisführung zu stellenden strengen Anforderungen nicht genügt, auch eine Ergänzung des Beweises nach Lage der Sache nicht möglich. Die Mitarbeiterinnen, auf die sich die Klägerin in der Rekursgegenschrift beruft, sind bereits polizeilich vernommen worden. Sie haben von einem Ausgleiten oder sonstigem äußerlich sichtbaren Unfall der Klägerin nichts gesehen und nur unbestimmte Angaben darüber machen können, was ihnen die Klägerin über die Entstehung ihres Leidens gesagt hat. Diese selbst hat auch in der Unfalluntersuchungsverhandlung erklärt, sie habe „aus Scham ihren Mitarbeiterinnen den Hergang nicht so genau geschildert, und es sei möglich, daß sich diese nicht mehr genau darauf besinnen könnten.“ Danach war von einer abermaligen Vernehmung der benannten Zeuginnen, nachdem inzwischen ein Zeitraum von mehr als einem Jahre vergangen ist, sowie von sonstigen Erhebungen kein Erfolg zu erwarten. Es kommt aber auch in Betracht, daß die Klägerin, wenn der Gebärmuttervorfall wirklich infolge eines Ausgleitens traumatisch entstanden wäre, höchst wahrscheinlich so heftige Schmerzen empfunden haben würde, daß sie die Arbeit sofort hätte einstellen müssen, und nicht noch an demselben und am nächsten Tage hätte fortsetzen können. Auch würde sie dann vermutlich in anderer Weise zu ihren Mitarbeiterinnen geklagt haben, als dies nach deren Angaben offenbar geschehen ist. Andererseits treffen die Hauptursachen für die allmähliche Entwicklung eines solchen Gebärmutterleidens — mehrfache Entbindungen und schwere körperliche Arbeiten — bei der Klägerin zu. Unter diesen Umständen kann der Gebärmuttervorfall der Klägerin nicht als Folge eines Unfalls, sondern muß als das Ergebnis einer allmählichen krankhaften Entwickelung angesehen werden. Der streitige Anspruch ist daher unbegründet, und es mußte demnach unter Aufhebung des angefochtenen Schiedsgerichtsurteils die Wiederherstellung des ablehnenden Bescheides der Beklagten vom 12. November 1903 erfolgen.“

Referate.

Sammelberichte.

Gewerbehygienische Rundschau.

Von

Dr. E. **Roth**, Potsdam.

Als wichtigstes Ereignis auf dem Gebiet der Gewerbeaufsicht verdient die Tatsache Erwähnung, daß die zuständigen Ministerien in Württemberg und Baden beschlossen haben, eine Stelle im Gewerbeaufsichtsdienst einem Arzt zu übertragen. Es steht zu hoffen, daß die übrigen Bundesstaaten und vor allem auch Preußen diesem Beispiel bald folgen werden. Daß ein derartiges Vorgehen im wohlverstandenen Interesse der gewerblichen Arbeiter gelegen ist, beweisen die in England und in der Schweiz mit der ärztlichen Fabrikaufsicht gemachten Erfahrungen.

Auf eine weitere Ausgestaltung der ärztlichen Mitwirkung bei der Beaufsichtigung der gewerblichen Betriebe bezieht sich die neueste Arbeit von Sommerfeld „Der Gewerbearzt“ (Jena. Verlag von Gustav Fischer 1905), die zugleich den 6. Band des Handbuchs der Sozialen Medizin von Fürst und Windscheid darstellt.

Der Verfasser geht davon aus, daß die zurzeit bei uns geübte Gewerbeaufsicht an dem Mangel leidet, daß die Förderung des Gesundheitsschutzes der Arbeiter, der das Hauptziel der Arbeiterschutzgesetzgebung ausmachen sollte, dabei zu kurz kommt. Sommerfeld erklärt dies aus dem Umstande, daß wegen des scheinbaren Überwiegens technischer Dinge in der Gewerbeaufsicht die Aufsichtsbeamten zunächst aus den Reihen der Techniker und der ihnen verwandten Betriebe entnommen werden. Der Verfasser gibt eine übersichtliche Darstellung der Entwicklung der Gewerbeaufsicht in Deutschland, bespricht die bisherige Mitwirkung der Ärzte und Medizinalbeamten auf dem Gebiet der Gewerbehygiene und im Anschluß daran die Beteiligung der Ärzte an der Gewerbeaufsicht im Auslande. Die sich hieraus ergebenden Schlußfolgerungen zieht Sommerfeld in den letzten Abschnitten, die von der Notwendigkeit der Einsetzung besonderer Gewerbeärzte, ihrer Vorbildung und ihrer Stellung im Gewerbeaufsichtsdienst handeln.

Gestützt auf die Anschauungen hervorragender Gewerbehygieniker, die Beschlüsse des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, des Preußischen Medizinalbeamtenvereins und die Verhandlungen der parlamentarischen Körperschaften und unter Hinweis auf das außerordentliche Wirken ärztlicher Fabrikinspektoren in England und in der Schweiz (Horner, Baker, Schuler) kommt der Verfasser zu dem Schluß, daß die gesundheitliche Überwachung der gewerblichen Betriebe die volle Tätigkeit eines sachgemäß vorgebildeten Arztes erfordere. Nur darin weicht der Verfasser von den bisherigen Befürwortern einer weitergreifenden ärztlichen Mitwirkung auf dem Gebiet der Gewerbehygiene ab, daß er diese Tätigkeit besonderen „Gewerbeärzten“ übertragen wissen will, weil speziell die Medizinalbeamten bei dem großen Umfang ihrer sonstigen amtlichen Tätigkeit zur Übernahme der Funktionen des Gewerbearztes außerstande seien. Sommerfeld verlangt für den Gewerbearzt die Befugnis, selbstständig die Gewerbebetriebe zu besichtigen und durch sorgfältige Beobachtung und eingehende Studien die Grundlagen für die gemeinsamen Beratungen mit dem Gewerbeaufsichtsbeamten und für gesetzliche Maßnahmen zu schaffen. Auch die gesundheitliche Überwachung der Hausindustrie und der Heimarbeit wie des durch das Reichsgesetz, betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben geregelten Kinderschutzes will der Verfasser den Gewerbeärzten übertragen wissen.

Nachdem inzwischen Württemberg und Baden die Heranziehung von Ärzten zur Gewerbeaufsicht beschlossen haben und zu hoffen steht, daß auch die übrigen Bundesstaaten und speziell Preußen diesem Beispiel folgen werden, wird zunächst abzuwarten sein, daß einsichtsvolle Gewerbeunternehmer die in ihren Betrieben beschäftigten Arbeiter der dauernden Kontrolle tüchtiger Fabrikärzte unterstellen, und daß der Staat die Fabrikaufsicht nach der gesundheitlichen Seite durch vermehrte Heranziehung der Medizinalbeamten weiter ausbaut. Ob in weiterer Folge aus den Reihen der Ärzte und insbesondere den Medizinalbeamten besondere Fabrik- oder Gewerbeärzte oder eigentliche Gewerbeaufsichtsbeamte sich entwickeln werden, läßt sich zurzeit noch nicht entscheiden. Daß das Ziel ein erstrebenswertes ist, wird dem auf dem Gebiet der Gewerbehygiene bewährten Verfasser bereitwillig zuzugeben sein.

Der Gewerbeinspektor Rasch bespricht in der Concordia 1904 (Bg. 14 u. 15) die Frage der Milzbranderkrankungen in Gerbereien. Hauptsächlich sind hier diejenigen Arbeiter gefährdet, die die Felle aus den Weichen entnehmen, die mit der Arbeit in den Schwitzkammern beschäftigt sind und die beim Anschwöden und am Baum beschäftigten Arbeiter. Bemerkenswert ist die Mitteilung von Rasch, daß unter den gefährdeten Arbeitern besonders häufig jüngere Arbeiter sich befinden, wofür er die Erklärung darin findet, daß die älteren Gerber mehr oder weniger schwere Karbunkelerkrankungen durchgemacht haben, wie die vielfachen deutlichen Hautnarben zeigen. Hieraus schließt Rasch, daß ein großer Teil der Gerber durch frühere Milzbranderkrankungen bis zu einem gewissen Grade immun geworden ist. Jedenfalls ist sicher, daß bei den Gerbereiarbeitern sehr viel leichte Fälle von Milzbrand vorkommen, die überhaupt nicht zur ärztlichen Feststellung kommen. Eine Beseitigung der Gefahr wird auch hier nur von einem fortschreitenden Verständnis und einer kontrollierenden Mitwirkung der Arbeiter bei der Durchführung der besonderen Unfall- und Krankheitsverhütungsvorschriften zu erwarten sein; außerdem muß dafür gesorgt sein, daß beim ersten Auftreten verdächtiger Krankheitserscheinungen der Erkrankte einem in der Erkennung des Milzbrands erfahrenen Fabrik- oder Vertrauensarzt und ev. einer geeigneten Anstaltsbehandlung zugeführt wird. Diese ärztlichen Feststellungen müssen während der Arbeitszeit stattfinden. Wünschenswert bleibt außerdem die Fortbezahlung des Lohnes während der ersten drei Tage einer milzbrandverdächtigen Erkrankung.

Die Ziegeleien vom sanitären Standpunkt bespricht Passek im Österreichischen Sanitätswesen (Beilage zu Nr. 25 vom 23. Juni 1904). Passek fand bei seinen Besichtigungen österreichischer Ziegeleien außerordentlich ungünstige hygienische Verhältnisse; Arbeitszeiten von 16 bis 17 Stunden gehörten in den Handbetrieben nicht zu den Seltenheiten. Je nach der Beschaffenheit des Terrains, der vorherrschenden Windrichtung und der chemischen Beschaffenheit des Ziegelguts und des Heizmaterials wird die Umgebung durch die Rauchgase mit ihrem Gehalt an schwefliger Säure, an Salzsäure und Fluorwasserstoffsäure und durch die sauren Nebel mehr oder weniger gefährdet. Für die Arbeiter kommt einmal die Unfallsgefahr beim Maschinenbetrieb und durch abstürzende Lehmmassen beim Abbau in Betracht, ferner die schwere körperliche Arbeit beim Treten des Tons, beim Lehmtransport und am Schlagtisch, die Temperatureinflüsse am Brennofen und beim Auskehren der heißen Kammern. Dementsprechend sind es vor allem rheumatische Muskelerkrankungen, Lendenweh, Reizungszustände der Schleimhäute, Lungenentzündungen und Verdauungsstörungen und bei den Brennern außerdem Augenleiden und Hautausschläge, die sich bei den Ziegeleiarbeitern bemerklich machen. Die sanitären Forderungen Passecks beziehen sich vornehmlich auf die Beschaffenheit der Arbeitsstätte und der Wohnung, die Bereitstellung geeigneter Aufenthaltsräume, einwandsfreien Trinkwassers, zweckentsprechender Aborteinrichtungen, sowie auf die Einschränkung der Arbeitszeit und den Verwendungsschutz von Frauen und jugendlichen Arbeitern.

Eine interessante Studie über gefährliche Heimarbeit als Beitrag zur Wohnungsfrage veröffentlicht Elster im zweiten Heft des ersten Bandes des Archivs für Soziale Medizin und Hygiene. Nachdem Elster auf die Verbreitung der Heimarbeit und deren Gefahren hingewiesen, bespricht er die Bedeutung der Wohnungsfrage bei der Bekämpfung der sozialhygienischen Gefahren der Heimarbeit. Seine Ergebnisse faßt Elster dahin zusammen, daß bei der Regelung des Wohnungswesens Bestimmungen über die zulässige Belegung der Wohnungen mit Heimarbeiterinnen nicht vergessen werden dürfen. Damit das Heimgewerbe aus dem Schlupfwinkelgewerbe befreit wird, ist ein Hinausziehen der Industrie auf das Land, und zwar zunächst der Hausindustrie zu begünstigen und für die landhausmäßige Bebauung der Vorstädte und ein gutes Verkehrswesen Sorge zu tragen. Bei der Ausübung der Wohnungsaufsicht muß diesen Verhältnissen Beachtung geschenkt werden. Endlich stellt Elster zur Erwägung, ob nicht die Arbeitgeber für die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der für ihren Betrieb tätigen Heimarbeiter in irgendeiner Weise heranzuziehen wären.

Besondere Erwähnung und Anerkennung vom gesundheitlichen Standpunkt verdient der Beschluß der Generalversammlung des Zentralverbandes der Ortskrankenkasse im deutschen Reich, der am 22./23. August 1904 in München tagte, und der eine Ausdehnung der Krankenkontrolle bei den Krankenkassen und deren Ausbau im hygienischen Sinne (Ausübung einer gewissen Wohnungsaufsicht), Sorge für die erforderlichen Desinfektionsmittel empfahl. Auf Antrag der Ortskrankenkasse für die Gewerbebetriebe der Kaufleute zu Berlin sollen außerdem alle deutschen Krankenkassen zum Erlaß von Krankheitsverhütungsvorschriften aufgefordert und außerdem die Reichsregierung angegangen werden, bei einer Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes den Krankenkassen das Recht der Kontrolle derjenigen Betriebe einzuräumen, welche nicht der Aufsicht der Gewerbeinspektoren unterstellt sind.

In Lübeck hat der Senat unter dem 30. Mai 1904 eine neue Bäckereiverordnung erlassen, die sich auf die hygienischen Einrichtungen in den Bäckereien bezieht, und u. a. Vorschriften über ausreichende natürliche Belichtung, tägliche halbstündige Lüftung der Arbeitsräume, tägliche Reinigung des Fußbodens, Erneuerung des Kalkanstrichs der Wände und Decken, Mindestluftraum von 10 cbm. für den Arbeiter, Begrenzung der Höchsttemperatur auf 35° C und außerdem Vorschriften über Sitzgelegenheiten, Aufstellung von Spucknäpfen, Bereitstellung von ausreichenden Ankleide- und Waschräumen mit entsprechenden Bedarfsgegenständen, von zweckentsprechend gelegenen Aborten etc. enthält. Die körperliche Reinigung sowie die Unterbringung von Kleidern in den Arbeitsräumen und die Beschäftigung von Arbeitern, welche an ansteckenden und ekelerregenden Krankheiten leiden, ist verboten.

In einem Erlaß des Handelsministers vom 25. Juni 1904 wird die Anlegung offen liegender Ausgleichs- und Klärbassins für alle durch Fabrikabgänge verunreinigten Abwässer namentlich in großen chemischen Fabriken nach dem Vorgang des Regierungs-Gewerberats in Düsseldorf befürwortet. Der Vorteil einer derartigen Einrichtung besteht darin, daß einmal die Sink- und Schwebestoffe zurückgehalten werden, und daß ein gleichmäßiger auf Tag und Nacht verteilter Ablauf aller bedenklichen Flüssigkeiten nach einer entsprechenden Verdünnung derselben ermöglicht wird. Außerdem würden hierdurch die Behörden in die

Lage versetzt werden, jederzeit feststellen zu lassen, wie die ablaufenden Flüssigkeiten beschaffen sind, und ob es notwendig ist, neben der gleichmäßigen Verteilung des Ablaufs auf den ganzen Tag auch noch eine zeitweise Neutralisierung der Abwässer in den Ausgleichsbassins eintreten zu lassen.

Bericht über die augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigentätigkeit für das zweite Halbjahr 1904.

Von Prof. Dr. P. Silex und Dr. Paul Cohn-Berlin.

I. Unfallkunde und Invaliditätswesen.

1. Feststellung des Wertes eines geschädigten oder verlorenen Auges bei Unfallentschädigung.

2. **Baudry.** Des maladies oculaires simulées, provoquées, entretenues ou aggravées. (La médicine des accidents du travail. Juni 1904).

3. **Goldzieher.** Schädelverletzung und Blindheit. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Mai 1904).

4. **Groenouw.** Kasuistische Beiträge zur Erwerbsfähigkeit bei Sehstörungen. (76. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte in Breslau. Ref. in Zeitschr. f. Augenheilk. XII. 5. S. 669).

5. **Hanke.** Die Berufs- oder Gewerbeerkrankungen des Auges. (Samml. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilk. VI. Band. 2. Heft. Halle a. S. Marhold).

6. **Herford,** über artefizielle Augenentzündungen. (Samml. zwanglos. Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilk. V. Band, 8. Heft. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold).

7. **de Lantsheere.** Evaluation du dommage causé par les accidents oculaires du travail. (Soc. belge d'Ophthalniol. 24. April 1904).

8. **Pfalz.** Die Spätdiagnose traumatischer Netzhautablösung. (Zeitschr. f. Augenheilk. August 1904).

9. **Pick.** Glaukom nach Unfall. (Zeitschrift für Augenheilk. August 1904).

10. **Sala.** Einige seltene Glaukomformen. (Klin. Mon. f. Augenheilk. April 1904).

11. **Schmeichler.** Simulation von Augenleiden. (Wiener Med. Wochenschr. 16—23, 1904).

(1) In der ersten Diskussionssitzung des X. internationalen Ophthalmologenkongresses zu Luzern am 14. September 1904 wurde diskutiert über 1. Feststellung der oberen und unteren Grenze der erwerblichen Sehschärfe, 2. Vorschläge, für prozentuale Begutachtung feste Werte zu gewinnen, 3. reelle und eventuelle Unfallfolgen, 4. Einseitige Erblindung und Einäugigkeit, 5. Einseitige Sehschwäche, 6. Doppelseitige Sehschwäche. Schließlich stellt Kuhnt-Königsberg den Antrag, durch Sammelforschung in den einzelnen Ländern das nötige Material zusammen zu tragen, wozu Kommissionen ernannt werden sollen. Der Antrag wird angenommen und eine internationale Kommission ernannt, die das Tatsachenmaterial bearbeiten und die Ergebnisse auf dem nächsten Ophthalmologenkongreß publizieren soll. Es soll dann versucht werden, zu einer endgültigen Lösung der bezüglichen Fragen zu gelangen.

Nach Baudry (2) gehört die Bindehautentzündung zu den — besonders in der Armee, in Gefängnissen etc. — am häufigsten vorgetäuschten Krankheiten. Zu ihrer Erzeugung dienen die verschiedensten chemisch oder mechanisch reizenden Mittel, wie Pulver, Tabaks- oder Zitronensaft, Salz, Sublimat, Höllenstein etc. Bei einer einseitigen, jeder Behandlung trotzenden Bindehautentzündung wird man bei einer Person, die ein Interesse daran hat, stets an eine künstliche Entstehungsursache denken müssen; weitere Fingerzeige wird die genaue Inspektion des Auges, eventuell auch die bakteriologische Untersuchung des Sekretes geben. Ein gut angelegter Schlußverband wird oft Heilung bringen. Häufig kommt es auch vor, daß mit granulöser Bindehaut-, Hornhautentzündung befallene Arbeiter ihre Krankheit auf das Eindringen von Staub- oder Metallteilchen in das Auge während der Arbeit schieben, während man höchstens eine Verschlechterung des Leidens durch derartige Schädlichkeiten konstatieren kann. Alles in allem muß man sich bewußt sein, wie schwierig es unter Umständen sein kann, eine einfache Bindehautentzündung von einer durch eine äußere Schädlichkeit entstandenen zu unterscheiden; ebenso schwierig ist es auch, bei Verbrennungen der Hornhaut und Bindehaut nachträglich ein Urteil über die Entstehung der Verletzung abzugeben.

Was die Entzündungen resp. Blutungen der tieferen Teile des Auges (Regenbogenhaut, Aderhaut, Netzhaut) anbelangt, so sind Leute mit einer Allgemeinerkrankung, wie Syphilis, Zuckerkrankheit, Nierenentzündung, natürlich leicht geneigt, eine derartige Augenveränderung einem irgendwie einmal das Auge betroffen habenden, wenn auch noch so geringem Unfall zur Last zu legen. In derartigen Fällen wird man das Trauma als Ursache nur anerkennen nach Ausschluß aller sonstigen ätiologischen Faktoren und bei Anwesenheit offenbarer Spuren eines Unfalles. Auch das Entstehen eines Wundstares wird man abhängig machen von noch zu konstatierenden Überresten einer Verletzung. Bei Linsenverschiebungen nach Prellung des Auges wird man darauf achten müssen, ob nicht schon vorher entzündliche Veränderungen vorlagen, die das Zustandekommen der Verschiebung begünstigten. Ähnlich verhält es sich mit den Netzhautablösungen. Auch hier wird man zur Erklärung der Entstehung der Krankheit einen vorher erlittenen Unfall nur nach Ausschluß aller anderen Krankheitsursachen heranzuziehen haben.

Goldzieher (3) hatte den Fall eines 38jährigen Mannes zu begutachten, der auf beiden Augen Sehnervenschwund, sowie Zeichen beginnender Rückenmarksschwindsucht aufwies. Die Sehverschlechterung war angeblich erst einige Zeit nach einem erlittenen Unfall aufgetreten. (Fall aus einem fahrenden Schnellzug, Gehirnerschütterung, vielfache Schädelbrüche.) Die Frage, ob der Sehnervenschwund als Folge des Unfalles oder als Begleiterscheinung der konstatierten Rückenmarksschwindsucht anzusehen ist, ist sehr schwer mit Sicherheit zu entscheiden. Daß durch die Schädelverletzung eine Läsion der Sehnerven, etwa durch Blutung in die Sehnervenscheiden, gesetzt worden war, ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, so daß der Unfall mittelbar den Sehnervenschwund verursacht hätte, wenn es auch nicht von der Hand zu weisen ist, daß die Erblindung des Kranken von seiner Rückenmarksschwindsucht in Abhängigkeit zu bringen ist. Da es Tatsache ist, daß in ca. 30⁰/₀ aller Fälle von Rückenmarksschwindsucht Sehnervenschwund auftritt, daß in einzelnen seltenen Fällen sogar das Augenleiden als Frühsymptom der Allgemeinerkrankung beobachtet wird, so muß doch mit der Annahme gerechnet werden, daß die Erblindung durch Sehnervenschwund auch dann eingetreten wäre, wenn der Kranke überhaupt nie eine Schädelverletzung erlitten hätte.

Genauere von Groenouw (4) erhobene Feststellungen der Erwerbsverhältnisse einer größeren Anzahl von Rentenempfängern der Landesversicherungsanstalt Schlesien mit erheblichen Sehstörungen ergaben folgende Schlüsse hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit: Für Berufsarten, die sehr geringe Ansprüche an das Sehen stellen, insbesondere für landwirtschaftliche Arbeiter und Handlanger, besteht bei einer Sehschärfe von $^1/_{10}$ auch nur auf einem Auge, genügende Arbeitsgelegenheit vorausgesetzt, in der Regel noch volle oder wenig verminderte Erwerbsfähigkeit, wenn die Herabsetzung der Sehschärfe allmählich und nicht plötzlich eingetreten ist. Hochgradig Kurzsichtige, welche die

genannte Sehschärfe nur für die Nähe, nicht aber für die Ferne erreichen und eine korrigierende Brille nicht tragen, machen keine Ausnahme. Es erscheint daher durchaus angemessen, im übrigen gesunden und kräftigen Personen, welche Arbeiten mit sehr geringen optisch-erwerblichen Ansprüchen verrichten, die Invalidenrente erst dann zuzubilligen, wenn ihre Sehschärfe weniger als $^1/_{10}$ beträgt.

In der Diskussion des Vortrages wird von verschiedenen Seiten die alte, ebenso richtige wie wichtige Forderung betont, die einzelnen Fälle mehr zu individualisieren.

Hanke (5) behandelt in topographischer Einteilung die Gewerbekrankheiten des Auges und seiner Adnexe. Es können von gewerblichen Schädigungen betroffen werden: die Bindehaut, die Hornhaut, die Linse, die Netzhaut, der Sehnerv und die Augenmuskeln. Nach der Natur der Schädlichkeit, dem Weg und der Art ihrer Einwirkung lassen sich beobachten:

1. Direkte Schädigung durch gasförmige oder feste Substanzen, Bindehaut- und Lidrandentzündung bei allen, die Witterungsunbilden, schlechter Luft und sonstigen äußeren Schädlichkeiten ausgesetzt sind,
   Bindehautentzündung der Tulpenzwiebelarbeiter,
   Steinimprägnation der Hornhaut bei Steinbrucharbeitern,
   gürtelförmige Hornhauttrübung bei Hutscherern, Maurern, Stahlschleifern etc.
   Typische Hornhauttrübung bei Arbeitern in Nitronaphthalin- und Anilinfabriken.
   Hornhautentzündung der Austernöffner,
   Ernährungsstörung der Hornhaut bei Caissonarbeitern,
   Starbildung bei Glasbläsern.
2. Indirekte Schädigung auf dem Wege der Blutbahn, zum Teil toxische Schädigung der Sehnerven als Teilerscheinung allgemeiner Schwefelkohlenstoff-, Nitro-, Dinitro-, Amidobenol-, Bleiintoxikation bei Arbeitern in Gummi- und Sprengstoffabriken, Schriftsetzern, Malern, Lakierern etc.
3. Nervöse Störungen: Augenzittern bei Grubenarbeitern, Augenmuskelkrampf bei Uhrmachern und Schützen.

Entsprechend ihrem geringen Umfang gibt die Arbeit einen zwar nur kurzen, aber doch so gut wie vollständigen Überblick über alle in Frage kommenden Krankheiten. Bei der Augenentzündung der Tulpenzwiebelarbeiter hätte auch die durch die Primula obconica hervorgerufene Bindehautentzündung der Gärtner, eine in den letzten Jahren vielfach beschriebene Erkrankung, erwähnt werden können.

Will Verfasser die Begriffe Unfallerkrankung und Gewerbeerkrankung in Kürze so präzisieren, daß der Unfall ein akutes, dagegen die Gewerbeerkrankung ein chronisches Übel darstellt, so müßte in die erste Rubrik auch die chronische, durch einen Unfall akut verschlimmerte Gewerbeerkrankung eingereiht werden, eine Auffassung, der auch zahlreiche Entscheidungen unserer Gerichtshöfe für Arbeiterfürsorge beipflichten.

Im ganzen ist das Schriftchen nicht nur dem Augenarzt, sondern auch jedem Sachverständigentätigkeit ausübenden Arzt bestens zu empfehlen.

Selbstbeschädigungen des Auges begegnet man nach Herfords (6) Ausführungen schon im Kindesalter, bei Schulpflichtigen, besonders häufig bei jungen Leuten, die sich der Militärpflicht entziehen wollen; ferner neuerdings bei Mitgliedern von Krankenkassen und Unfallversicherungen. Die hierzu verwandten Mittel sind sehr mannigfaltiger Art, vom systematischen Reiben des Auges mit den Fingern bis zum Einbringen der verschiedensten Fremdkörper in den Bindehautsack, z. B. von Körnern aller Art, Wollfäden, Haaren. Bei der Behandlung dieser durch mechanische Reizmittel verursachten Entzündungen ist natürlich zuerst sorgfältig auf Fremdkörper zu fahnden; entdeckt man einen solchen nicht, so muß man durch sorgfältige Überwachung im Krankenhause, durch Anlegen von festen Verbänden, ev. sogar von Handfesseln und Zwangsjacke einen Erfolg zu erzielen versuchen.

Schwerere Selbstbeschädigungen des Auges werden durch Verletzungen mit scharfen Instrumenten, wie Nadeln, Messern etc. hervorgerufen, meist in der Absicht, eine Linsentrübung herbeizuführen.

Auch chemisch wirksame Substanzen müssen dem Zwecke dienen, artefizielle Augenentzündungen hervorzurufen, wie z. B. Kalk, Höllenstein, Cantharіden, Tabak, Pfeffer, Salz, Senfpulver, Sublimat, Pottasche, Bleizucker, gelegentlich auch Säuren und Alkalien. Die durch derartige Mittel entstandene Entzündung hat ein sehr charakteristisches Aussehen, indem sie fast immer nur einseitig auftritt und auf die untere Übergangsfalte lokalisiert ist.

Wie zum Zweck der Selbstbeschädigung werden durch chemisch wirksame Mittel Augenentzündungen auch erzeugt aus Bosheit, Rachsucht oder anderen verbrecherischen Gründen.

An diese Fälle schließen sich diejenigen an, die durch unvorsichtigen oder unrichtigen Gebrauch von Medikamenteu künstlich erzeugt werden. Die Hauptrolle spielen hierbei Höllenstein, Sublimat, Kalomel, Formalin. Auch Atropin, ja sogar Bor kann gelegentlich zu stärkeren Entzündungserscheinungen Veranlassung geben.

Anzureihen sind hier die Entzündungen, die absichtlich erzeugt werden, um einen trachomatösen Pannus oder sonstige Hornhauttrübungen zur Rückbildung zu bringen. An Stelle des früher viel gebrauchten Trippersekretes verwendet man jetzt hierzu nach wissenschaftlich ausgearbeiteter Methode das Jequirity-infus. Dafür spielt aber der blennorrhoische Eiter bei der unbeabsichtigten Infektion des Auges immer noch eine sehr große Rolle.

Auch durch Teile tierischer oder pflanzlicher Körper können — ev. auch zum Zweck der Selbstbeschädigung, Augenentzündungen erregt werden. Hierher gehören Spinnen, spanische Fliegen, Maiwürmer, Marienkäfer, Ameisen, Wanzen, verschiedene Kröten, Raupen, dann Euphorbiaceen, Primeln, Zwiebeln.

Höchst selten nur werden als Mittel zur Selbstbeschädigung dienen: Verbrennungen des Auges durch offene Flammen, explodierendes Pulver, Wachs, Harz, Siegellack, Pech, Schwefel, Blei in geschmolzenem Zustand, durch glühend gemachte Nadeln, Brennscheren, durch glimmende Zigarren, Streichholzköpfchen etc. Bei derartigen Verletzungen dient meist die Hornhaut als Angriffspunkt.

Lantsheeres (7) Vortrag enthält für den deutschen Sachverständigen keine neuen Momente zur Beurteilung von bei der Arbeit entstandenen Augenunfällen, da er ausschließlich einen Auszug aus den bekannten deutschen Werken von Becker, Thiem, Groenouw, Magnus, Maschke, von Ammann darstellt. Es werden besprochen: der Begriff der Erwerbsfähigkeit, Anforderungen an die zentrale Sehschärfe (nach Magnus, Silex, Radcziejewski), physiologische Sehschärfe, Gesichtsfeld, Augenmuskeln, und deren Schädigungen, Verlust einer Linse, Einbuße eines Auges, Herabsetzung der zentralen Sehschärfe eines Auges, sei es daß vor dem Unfall die Augen normal oder nicht normal waren, Herabsetzung der Konkurrenzfähigkeit, Hornhautflecke und ihre Folgen, entzündliche Reizerscheinungen, Accommodationsstörungen, und schließlich die sympathischen Reizungen und Entzündungen.

Es ist zu bedauern, daß Verfasser das Material, das ihm als Arzt der belgischen Staatseisenbahn wahrscheinlich reichlich zu Gebote steht, zu der vorliegenden Veröffentlichung nicht ausgenützt oder doch wenigstens nicht mitgeteilt hat.

Pfalz (8) betont, wie schwierig die Beantwortung der Frage ist, wie lange nach einem stumpfen Trauma eine mit Sicherheit oder doch größter Wahrscheinlichkeit darauf zurück-

zuführende Netzhautablösung für unsere Untersuchungsmethoden unentdeckt bleiben kann. Ein von ihm beobachteter Schleifer wies eine ophthalmoskopisch erkennbare Netzhautablösung erst fünf Wochen nach einer erlittenen Prellung des Augapfels auf. Es ist als wahrscheinlich anzunehmen, daß in solchen Fällen die zuerst nur geringfügige und weit nach vorne liegende, also mit dem Augenspiegel nicht zu diagnostizierende Netzhautablösung als unmittelbare Folge der Quetschung gleich nach dem Unfall entstanden war und sich erst im Laufe der Zeit vergrößert hat, daß es sich also nicht um eine nachträgliche Entstehung der Netzhautablösung, sondern um eine Spätdiagnose derselben, beruhend auf dem anfänglich verborgenen Sitz und dem geringfügigen Umfang, handelt. Es folgt hieraus, daß der Zeitraum zwischen Unfall und Diagnostizierbarkeit der Ablösung ein begrenzter sein muß. Offenbar aber kann dieser Zeitraum durch körperliche Anstrengungen oder Erschütterungen stark abgekürzt werden.

Pick (9) hatte den Fall eines Maschinisten zu begutachten, dem vor einem Jahre ein starker Wasserstrahl in das geöffnete rechte Auge gespritzt war. Das Auge war nach Angabe des Mannes einige Tage schmerzhaft und entzündet gewesen. Bald darauf nahm die Sehkraft ab und stellten sich zeitweise Verdunkelungen und Regenbogenfarbensehen ein. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein eines chronischen entzündlichen Glaukoms, verbunden mit Veränderungen der Aderhaut, der Linse und Glaskörpertrübungen. Während die letztgenannten Veränderungen zweifellos als direkte Unfallfolgen anzusehen sind, wird man das Auftreten des Glaukoms wohl als indirekte Unfallfolge aufzufassen haben. Erstens kann die Trübung der Linse mit einer Vermehrung ihres Volumens und so mit Zunahme des Druckes im Augeninnern einhergehen, und zweitens ergab der Verlauf der Beobachtung eine krankhafte Veränderung der Aderhaut- und Netzhautgefäße, und kann diese Störung in dem Blutgefäßsystem wohl als ein weiteres Mittel für die ein Glaukom bewirkenden pathologischen Veränderungen angesehen werden.

Für die praktische Beurteilung der Frage ist es gleichgültig, ob nicht schon von vornherein bei dem Manne eine gewisse glaukomatöse Disposition bestand.

Aus der Arbeit von Sala (10) über die Entstehung einiger seltener Formen von grünem Star interessieren hauptsächlich diejenigen, die als direkte Unfallfolgen aufzufassen sind. Es handelt sich in zwei Fällen um eine heftige Prellung des Augapfels, durch einen gegenfliegenden Flaschenkork resp. durch einen Schlag. Die Ablassung des Vorderkammerwassers brachte in beiden Fällen prompte Heilung. Die Entstehung des grünen Stares erklärt sich wohl aus einer durch das Trauma gesetzten Gefäßlähmung in der Regenbogenhaut und im Ziliarkörper, die zur Bildung eiweißhaltigen Exsudates in der Vorderkammer führte, welches die normalen Abflußwege der Kammer verlegte und so zur Drucksteigerung führte.

Schmeichler (11) behandelt in einer außerordentlich interessanten Monographie, die sich hauptsächlich auf das umfangreiche Material der „Arbeiter - Unfallversicherungsanstalt für Mähren und Schlesien" stützt, das in den letzten Jahren nach Schöpfung der obligatorischen Arbeiter - Unfallversicherung so aktuell gewordene Thema der Simulation von Augenleiden. Er unterscheidet Simulationen bei Augenverletzungen, mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhanges zwischen Unfall und Befund, ferner Simulationen von Augenkrankheiten inklusive künstlich erzeugter Affektionen, und geht in einem dritten Abschnitt auf die verschiedenen Methoden der Entlarvung simulierter Blindheit oder Sehschwäche ein, um schließlich noch der Prophylaxe der Simulationen einige Worte zu widmen. Die einzelnen Abschnitte der Arbeit sind mit einer großen Zahl eingestreuter Krankengeschichten vorzüglich illustriert. Seine zusammenfassenden Schlußsätze sind: 1. Um jeder Simulation am Auge Herr zu werden, gehört nicht nur spezialistische Ausbildung, sondern auch eine ausreichende Routine im Verfahren gegen Simulanten. 2. Von den künstlich erzeugten Augenkrankheiten hat — weil häufiger vorkommend — nur die artefizielle Pupillenerweiterung und der absichtlich erzeugte Bindehautkatarrh größere Bedeutung. 3. Je krasser die Simulation der Funktionsstörung, und je größer die Differenz zwischen objektivem Befund und der angeblichen Sehleistung ist, desto leichter gelingt die Entlarvung des Simulanten. 4. Bei Begutachtung einer Simulation genügt die Angabe, daß die Sehschärfe nicht den Angaben des Patienten entspricht, nicht; es muß vielmehr die wirklich vorhandene Sehschärfe mit allen Mitteln festgestellt werden. Denn die Entscheidung über die materiellen Folgen der herabgesetzten Funktion eines Organes liegt Laien ob, und nur bestimmte ärztliche Daten können die Grundlage eines bestimmten Urteiles des Laien bilden. 5. Von den verschiedenen Methoden zur Entlarvung der Simulation von Sehschwäche sind diejenigen die besten, die gleichzeitig mit der Feststellung der Simulation überhaupt die wirklich vorhandene Sehschärfe anzeigen. (Verschiedenfarbige Gläser, Vorhalten eines stark geschliffenen Glases vor das gesunde Auge, Stereoskop.) 6. Simulation nach Verletzungen des Auges ist schwerer zu entlarven als die an anderen Körperteilen, erstens, weil es sich um Berücksichtigung sehr feiner Details handelt, zweitens, weil die Entscheidung, was direkte Folge der Verletzung und was vor derselben bestanden, manchmal sehr bedeutenden Schwierigkeiten unterliegt, und drittens, weil zuweilen der Unterschied des Abnormen, aber noch in physiologischen Grenzen liegenden, vom Pathologischen nur dem mit dem Gebrauch des Augenspiegels sehr vertrauten Arzte klar sein kann. 7. Simulation bei Augenverletzungen kommen in vierfacher Form vor: a) es hat überhaupt keine Verletzung stattgefuuden, b) es hat eine Verletzung stattgefunden, aber der Hergang derselben wird gefälscht, c) es wird nach einer Verletzung ein mit dieser nicht im Zusammenhang stehender Krankheitsprozeß absichtlich auf die Verletzung bezogen, d) es werden die Folgen einer Verletzung simuliert oder übertrieben. 8. Die Statistik lehrt, daß Simulationen nach Augenverletzungen häufiger sind, als gewöhnlich angenommen wird. Da ein Teil derselben immer unentdeckt bleibt, und dieser Prozentsatz mit der Steigerung der Simulationszahl naturgemäß immer größer wird, so kann die unrechtmäßige Verleihung der Unfallrente an Simulanten mit der Zeit dazu führen, daß die Arbeiter - Unfallversicherung ihrer sozialen Aufgabe, dem Verletzten den Verlust seiner Erwerbsfähigkeit zu ersetzen, nicht mehr gerecht werden kann.

II. Eisensplitterverletzungen und Magnetoperationen.

12. **Hirschberg.** Ein neuer Riesenmagnet. (Zentralblatt für prakt. Augenheilk. Juni 1904.)

13. **Hosch.** Zur Einheilung metallischer Fremdkörper in die Netzhaut. (Archiv f. Augenheilk. XL. IX. 3. Heft.)

14. **Krailsheimer.** Magnetoperation. (Ophthalmol. Klinik Nr. 14.)

Zur Entfernung von Eisensplittern aus dem Augeninnern hat Hirschberg (12) nach Angaben des Ingenieurs von Dolivo-Dobrowolsky von der Firma Dörffel und Färber, Berlin, Friedrichstraße 105a, einen neuen Riesenmagneten anfertigen lassen. Derselbe ist mit Stahlseilen an einem leichten, aber festen, konsolartigen, an der Wand befestigtem Eisengestell aufgehängt. Das Gestell ist um Scharniere drehbar und kann bei Nichtgebrauch an die Wand gedreht werden. Der Magnet kann in horizontaler und vertikaler Richtung eingestellt, und können Patienten demnach in sitzender oder liegender Stellung operiert

werden. Ferner ist der Magnet um seine vertikale Achse drehbar, ohne daß sich die Stahlseile verwirren. Diese Achse läuft auf Stahlkugeln. Der Magnet läßt sich in jede beliebige Höhe bringen mit Hilfe einer Schraubenspindel, an deren Mutter die Stahlseile, welche über Rollen geführt werden, befestigt sind. Bei Drehung der Schraubenkurbel nach rechts hebt sich der Magnet, nach links senkt er sich.

Jedes der Stahlseile hat eine Bruchbelastung von 1200 kg. Da der Magnet selbst ca. 80 kg wiegt, so ist hierdurch eine dreißigfache Sicherung gegen Zerreißen der beiden Seile gegeben.

Wicklung und Kern sind angefertigt für den Anschluß an 220 Volt. Mittelst eines Rheostaten läßt sich die Zugkraft des Magneten auf $^2/_3$ und $^1/_3$ der vollen Stärke reduzieren.

Die Zugkraft selbst wurde gemessen mit einer Eisenkugel von etwa 4 mm Durchmesser = $^1/_4$ Grammgewicht und ergab in Kugelgewichten ausgedrückt:

1	2	5	10	20	50	100	Kugelgewichte.
8,5	6,5	5	4	2,75	1,25	1,8	vertikaler Abstand in cm.
12	9,5	7,75	6,5	5	3,75	2,4	horizontaler Abstand in cm.

Sämtliche Messungen wurden am Flachpol (ohne Sonde) ausgeführt, mit Objekten, die auf einer Glasplatte lagen.

Die Annahme, daß metallische Fremdkörper definitiv in der Netzhaut einheilen können, erweist sich bei genügend langer Beobachtungsdauer eines derartigen Falles immer als hinfällig. Auch Hosch (13) mußte schließlich in zwei Fällen von Stahlsplitter in der Netzhaut (bei dem einen nach achtjährigem, bei dem anderen nach fünfmonatlichem Verweilen im Augeninnern) zur Entfernung des Augapfels wegen auftretender Reizerscheinungen am zweiten Auge schreiten. Man muß sich also auf den Standpunkt stellen, selbst den kleinsten Splitter aus dem Augeninnern so schnell als irgend möglich zu entfernen.

Der von Krailsheimer (14) veröffentlichte Fall von Eisensplitterverletzung bietet besonderes Interesse einerseits durch den ungewöhnlich guten Erfolg der Magnetoperation, andererseits dadurch, daß ein wiederholter Versuch der Entfernung des Splitters mit dem Riesenmagneten mißlang, während die Einführung des Hirschbergschen Handmagneten (mit Akkumulatorenanschluß) mittelst Lederhautschnitt in das Augeninnere den Fremdkörper sofort zutage förderte.

III. Sonstige Verletzungen.

15. **Friedenwald.** Stichwunde in die Occipitalgegend mit nachfolgender homonymer Hemianopsie. (Ref. in Archiv f. Augenheilk. XLIX. 3. Heft.)

16. **Gagarin.** Ein Fall von Evulsio nervi optici utriusque. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Sept. 1904.)

17. **Köhler.** Wichtiger Röntgenbefund bei Schrotschuß ins Auge. (Berl. Klin. Wochenschr. 1904. Nr. 34.)

18. **Langenhan.** Perforierende Verletzungen des Augapfels durch Mannschaftschrankschlüssel. (Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. 1904. Nr. 2.)

19. **Lingsch.** Cataracta traumatica nach Blitzschlag. (Wien. Med. Woch. Nr. 23. 1904.)

20. **Mills.** Aufklärung einer traumatischen Katarakt. (Ref. in Archiv f. Augenheilk. XLIX. 3. Heft.)

21. **Salzer.** Über eine ungewöhnliche Fremdkörperverletzung der Orbita. (Münchn. Med. Woch. Nr. 25.)

22. **Santucci.** Der traumatische Vorfall der Tränendrüse und die Zweckmäßigkeit ihrer Exstirpation. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Mai 1904.)

23. **Scherenberg.** Fremdkörperphlegmone der Orbita. (Ref. in München. Med. Woch. 1. März 1904. S. 415.)

24. **Weiß.** Ein Beitrag zur Kasuistik der traumatischen hinteren Polarkatarakt. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. Sept. 1904.)

25. **Wicherkiewicz.** Kann eine von ihrem Ziliaransatze abgelöste Irisspontan wieder anheilen? (Klin. Mon. für Augenheilk. April 1904.)

Friedenwald (15) beobachtete bei einem Mann, der mit einem Taschenmesser einen Stich in den Hinterkopf erhalten hatte, unter gelegentlichem Auftreten von epileptiformen Krämpfen eine typisch linksseitige Hemianopsie. Es ist anzunehmen, daß der Stich eine Blutung in den Cuneus und die Fissura calcarina verursacht hat, welche zu einer Verletzung der Sehstrahlung führte.

Den wenigen bisher beobachteten Fällen von Ausreißung des Sehnerven reiht sich der von Gagarin (16) beschriebene als ein Unikum — weil beiderseitig — an. Ein Bauer war von einem heftigen Hufschlag ins Gesicht getroffen worden. Es entstand eine Splitterfraktur zahlreicher Gesichtsknochen und der Schädelbasis, welche zu einer Kontinuitätstrennung beider Sehnerven führte infolge vollständiger und dabei in beiden Augen gleichzeitig entstehender Zerschmetterung oder Zerreißung ihres Gewebes. Das Augenspiegelbild war das für Sehnervenzerreißung charakteristische: der Sehnervenkopf fehlt; an seiner Stelle bemerkt man einen dunkeln, beinahe schwarzen Fleck von der Größe des Sehnervenkopfes, ohne alle Gefäße. Der Fleck scheint irgendwo weit hinter dem übrigen Augenhintergrund zu liegen, dabei sind an ihm keinerlei Farbennuancen oder Lichtreflexe zu entdecken; mit anderen Worten: an Stelle des Sehnerven findet sich ein Loch.

Köhler (17) wies bei einer Schrotschußverletzung mittels Röntgenstrahlen einen Fremdkörper im Auge nach. Der Widerspruch, der darin lag, dass einerseits der Augenspiegelbefund ein negativer war, der Fremdkörper also nicht im Augeninnern sitzen konnte, und daß andererseits ein zweites bei ruhiger Kopflage und bei Bulbusbewegung aufgenommenes Radiogramm eine Lageveränderung des Fremdkörpers ergab, der Fremdkörper demnach also auch nicht in der Orbita fest eingekeilt sitzen konnte, erklärt sich zwanglos mit der Annahme, daß das Schrotkorn in der Nähe der Eintrittsstelle des Sehnerven in der Lederhaut, also in der äußeren Umhüllung des Augapfels seinen Sitz gefunden hatte.

Bei zwei Soldaten beobachtete Langenhan (18) den Augapfel eröffnende Hornhautverletzungen durch Entgegenschlagen des Schrankschlüssels, der an allzu langem Band am Brustbeutel befestigt war und beim Turnen am Querbaum gegen das Auge geschleudert wurde.

Lingsch (19) beobachtete an einem sonst völlig gesunden Korporal, acht Monate nachdem derselbe von einem Blitzschlag getroffen war, eine völlige Linsentrübung beider Augen. Daß das Augenleiden, bei der Abwesenheit jeglichen anderen ätiologischen Momentes, mit dem erlittenen Unfall in Zusammenhang zu bringen ist, erscheint zweifellos. Auf welche Weise der Blitzschlag eine Linsentrübung herbeizuführen imstande ist, ist mit völliger Sicherheit noch nicht klargelegt; die Ansichten der Autoren gehen auseinander, ob eine mechanische, thermische oder chemische Wirkung vorwiegt. Es scheint indessen, daß die wesentlichste Wirkung den ultravioletten Strahlen des Blitzes zuzuschreiben ist.

Mills (20) Patient war durch eine Pulverexplosion zu Schaden gekommen. Ein Pulverkorn war durch die Regenbogenhaut durchgeschlagen und bis zur vorderen Linsenkapsel gelangt, die ganze Linse war rauchig getrübt. Nach drei Wochen war an der Vorderfläche der Regenbogenhaut eine umschriebene

Verfärbung zu konstatieren; aus ihrer Hinterfläche ragte ein Rest des Kornes heraus. Die Linsentrübung hatte sich völlig aufgeklärt bis auf eine umschriebene Kapseltrübung. Das Sehvermögen, das auf Erkennen von hell und dunkel gesunken war, war wieder zur normalen Höhe gestiegen.

Von Salzer (21) wird durch Zurückschnellen eines Peitschenriemens das Eindringen des ca. $1^1/_2$ cm langen, bei dem gerade herrschenden Frost hart gefrorenen Endes des Riemens in die Augenhöhle durch das Oberlid hindurch mitgeteilt. Erst nach dreiwöchentlicher Behandlung stieß sich der seltsame Fremdkörper, von dessen Qualität man keine Ahnung gehabt hatte, durch einen langen Fistelgang beim Verbandwechsel ab, worauf schnelle Heilung erfolgte.

Durch Aufschlagen gegen eine Mauerkante zog sich Santuccis (22) Patient eine Rißwunde am rechten oberen Augenlid zu, aus der die Tränendrüse vorgefallen war. Der vorgefallene Teil wurde abgetragen, die Wunde vernäht und glatte Heilung erzielt. Verf. rät, dieses Verfahren in allen ähnlichen Fällen einzuschlagen, erstens weil die einmal verschobene und dann an ihren anatomischen Platz reponierte Drüse mit Wahrscheinlichkeit doch der Atrophie verfällt, zweitens weil bei der Abtragung mit größerer Sicherheit ein tadelloses kosmetisches Resultat zu erzielen ist, als bei konservativem Verfahren, und drittens, weil es erwiesen ist, daß zur Erzielung der nötigen Schlüpfrigkeit des Augapfels viel weniger die Tätigkeit der Tränendrüse wie die der vielfachen Bindehaut- und Lidknorpeldrüsen in Betracht kommt, also der Entfernung der Tränendrüse keinerlei Bedenken funktioneller Art entgegenstehen.

Scherenberg (23) berichtet im Allg. ärztl. Verein zu Köln über eine Zellgewebsentzündung der Augenhöhle, entstanden durch das Eindringen eines 2,5 cm langen Holzsplitters. Das kosmetische Endresultat nach Entfernung des Splitters war bei erhaltener Form und Beweglichkeit des Auges ein gutes; jedoch trat Erblindung auf, offenbar infolge direkter Verletzung des Sehnerven durch den Splitter im Foramen opticum.

Weiß (24) beobachtete einen Arbeiter, der eine durchbohrende Hornhautverletzung durch einen Eisenspan erlitten hatte. Die Linse war nicht verletzt. Der Splitter wurde sofort entfernt. Es erfolgte glatte Heilung. Bei der Entlassung des Mannes zeigte die hintere Linsenkapsel eine höchst eigenartige, ihre äußere Hälfte einnehmende, gleichmäßig ausgebreitete, sich aus allerfeinsten braunen Pünktchen zusammensetzende Trübung, die sich in den nächsten Wochen fast völlig von selbst wieder aufsaugte. Der Mechanismus der Entstehung der Trübung ist im vorliegenden Falle, in dem eine Verletzung der Linse selbst mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, völlig unklar.

Wicherkiewicz' (25) Patient erlitt durch einen Steinwurf einen Bluterguß in die vordere Augenkammer und eine Abreißung der Regenbogenhaut von ihrem ziliaren Ansatz in einer Breite von ca. 7 mm. Nach fünftägiger Behandlung mit kräftigen pupillenerweiternden Mitteln zeigte es sich, daß die Abreißung nicht mehr zu konstatieren war. Zu diesem selten glücklichen Ausgang hat wohl neben der kräftigen Pupillenerweiterung hauptsächlich eine durch den Unfall gesetzte Verschiebung der Linse beigetragen, die sich gerade auf die Stelle des Ziliarkörpers einstellte, wo die Abreißung erfolgt war, und so ein Zusammenkleben der Wundränder begünstigte.

IV. Intoxikationen.

26. **Berger.** Sehstörung infolge der Anwendung eines anilinhaltigen Haarfärbemittels. (Archiv für Augenheilk. L, 4. Heft.)

27. **Rodger.** Vergiftung mit Atropin-collyrium. (Neue Therapie, Juni 1904.)

28. **Stülp.** Über Erblindung nach Darreichung von Extract filic. mar. (Ref. in Woch. f. Therap. u. Hyg. des Auges, 1. Juli 1904.)

Berger (26) beobachtete bei einer Dame, die, wie sich später herausstellte, ein anilinhaltiges Haarfärbemittel benutzte, Herabsetzung der Sehschärfe eines Auges auf $^1/_5$, zentrales Skolom und leichte Sehnervenentzündung. Wenn auch in diesem Falle völlige Wiederherstellung erfolgte, so wäre es doch vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege aus dringend anzuraten, die Verwendung toxischer Anilinfarben zur Herstellung kosmetischer Mittel gesetzlich zu verbieten.

Atropinvergiftung durch Einträufelung in den Bindehautsack, wie sie Rodger (27) beobachtete, ist recht selten. Sein Patient erhielt am zweiten Tag nach einer Staroperation zwei Tropfen einer zweiproz. Lösung eingeträufelt. Nach 20 Minuten stellten sich agitatorische Delirien mit Pulsbeschleunigung und Temperatursteigerung ein. Am nächsten Tag war der Anfall vollständig vorüber. (Im allgemeinen wird man gut tun, eine nur einproz. Lösung zu gebrauchen, bei der ein Tropfen nur die Hälfte der maximalen Einzeldosis Atropin enthält. Ref.)

Auf der 13. Versammlung rheinisch-westfälischer Augenärzte in Bonn am 12. Juni 1904 hält Stülp (28) einen auf reichen, eigenen Erfahrungen basierenden Vortrag über dauernde Erblindungen bei Bergleuten nach Darreichung von Extract. filic. mar. zur Abtreibung des Anchylostom. duodenale. Der Augenspiegelbefund, bevor es zur Atroph der Sehnerven kommt, besteht in Trübungen der Netzhaut und des Sehnervenkopfes; es sind also Gefäßveränderungen und Zirkulationsstörungen das Primäre. Unter 22000 Wurmabtreibungen im rheinisch-westfälischen Kohlenbezirk sind vier Fälle von dauernder Erblindung und einige zwanzig von vorübergehender Sehbeschädigung beobachtet. Da das wirksame Prinzip des Mittels, die Filixsäure, in Öl löslich ist, so ist das Medikament, um seine Resorption zu erschweren, nicht mit Rizinusöl, sondern mit Kalomel zu verordnen. Bedauerlich ist es, daß die meisten fertigen Wurmmittel immer noch Rizinusöl enthalten.

V. Varia.

29. **Dunn.** Entfernung einer Augenwimper aus der vorderen Kammer. (Ref. im Archiv f. Augenheilk. XLIX, 3. Heft.

30. **Fejér.** Beiträge zur Resorption des abgerissenen Irisgewebes durch den Augapfel. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk., Oktober 1904.)

31. **Frank.** Weitere Erfahrungen über die Behandlung perforierender infizierter Augapfelverletzungen mit hohen Quecksilbergaben. (Beiträge zur Augenheilkunde, Heft 60.)

32. **Haeffner.** Über angeblich sympathische Reizung. (Ophthalmol Klinik, 20. Juni 1904.)

Dunn (29) fand als Ursache eines Reizzustandes, zwei Monate nach einer kaum bemerkten Verletzung des Auges, eine Wimper in der Vorderkammer, die er operativ entfernte. Er rät, den hierzu nötigen Hornhautschnitt breit anzulegen, und zwar gegenüber der Mitte der Wimper, um sie an dieser Stelle mit einem stumpfen Häkchen fassen und herausholen zu können.

Fejérs (30) Beobachtung liefert den strikten Beweis für die bisher immer noch angezweifelte Möglichkeit einer völligen Aufsaugung von abgelöstem Irisgewebe durch das Auge. Ein heftiger Schlag auf ein Auge hatte die Abreißung eines großen Stückes Iris zur Folge gehabt. Nach zwei Wochen war der abgerissene Teil völlig aufgesaugt. Es entspricht dieser Vorgang den seltenen Fällen von Aufsaugung eines überreifen Altersstares in der Kapsel.

Franck (31) empfiehlt bei durchbohrenden infizierten Augapfelverletzungen auf das wärmste eine methodische Quecksilberbehandlung, und zwar eine Kombination von Schmierkur und Spritzkur. Er hat bei der fibrinösen Form der auf die Verletzung folgenden Entzündung des vorderen Augapfelabschnittes 70% Heilungen (Erhaltung des Auges mit größerer oder geringerer Sehschärfe) erzielt, während bei der schwereren eitrigen Form immerhin noch in 40% Heilung eintrat. Selbstverständlich wurden auch die sonst üblichen Behandlungsmethoden, wie galvanokaustische Behandlung, Atropin, Verbände, Bettruhe etc. tunlichst in Anwendung gezogen.

Haeffner (32) berichtet am 16. April 1904 im Rostocker Ärzteverein über einen in der dortigen Universitätsaugenklinik kürzlich begutachteten Fall von angeblicher sympathischer Reizung. Der Patient hatte vor 15 Jahren eine Sehnervenverletzung des rechten Auges mit Ausgang in Phthisis bulbi erlitten. Wegen Schmerzen im linken Auge und „stärkerer Füllung der Venen im Hintergrund des linken Auges" bezog er jahrelang eine Rente von $33^1/_3$, manchmal sogar von 55%. In Rostock wurde jetzt festgestellt, daß von einer sympathischen Reizung nichts zu konstatieren war. Der geschrumpfte Augapfel war völlig empfindungslos, die behauptete Schwäche des zweiten Auges ließ sich auf eine Supraorbitalneuralgie zurückführen, das Auge selbst war reizlos, alle Beschwerden waren deutlich maßlos übertrieben. Auf Grund dieses Befundes wurde eine Rentenentschädigung von 33% für den Verlust des einen Auges als völlig ausreichend erachtet.

Hygiene.

Ist die Ruhr zurzeit in Preußen auszurotten?

Eine sanitätspolizeiliche Studie von Dr. J. Bornträger-Düsseldorf.
(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1904 Nr. 18 pag. 569.)

Die Ruhr ist bei uns seit langem stellenweise endemisch; sie wird im allgemeinen zu wenig beachtet, sehr oft verkannt und aufgefaßt als der Ausdruck eines, zumal durch unreifes Obst oder Gemüse stark verdorbenen Magens oder als eine Art Sommerkatarrh, während sie in Wahrheit eine bazilläre Seuche ist. Sie ist trotz ihrer zurzeit nicht weiten Ausbreitung gefährlich, weil sie nicht nur Jahr für Jahr eine immerhin beachtenswerte Zahl von Todesfällen und Erkrankungen (etwa 1 auf 4000 Lebende) hervorruft, sondern, wie die Erfahrung früherer Zeiten lehrt, in jedem Jahre infolge außer unserer Macht liegender Verhältnisse an Ausdehnung und Verderblichkeit erheblich zunehmen kann. Es ist also dringend erwünscht, die Ruhr womöglich auszurotten. Diese Möglichkeit erscheint gegeben, weil die Ruhr autochthon nur in einer beschränkten Anzahl von Ortschaften des Staates vorkommt, welche bekannt sind oder leicht ausfindig gemacht werden können, im übrigen eingeschleppt und verschleppt wird, und weil die Erfahrung weiter lehrt, daß die Ruhr einem nur einigermaßen planmäßig geführten Kampf nicht stichhält. Der Zeitpunkt zu diesem Vernichtungskampfe erscheint gerade jetzt sehr günstig, weil die Ruhr eine anhaltende Tendenz zum Zurückgehen seit Jahren zeigt und augenblicklich besonders spärlich verbreitet ist.

Grundbedingung für einen solchen Vernichtungskampf ist es, soweit es nicht bereits geschehen ist, planmäßig Erhebungen über ihr Fortkommen anzustellen mit dem Ziele, die Gegenden in drei Kategorien einzuteilen —

1. in solche mit endemischer Ruhr, welche da also ohne Einschleppungen jährlich mehr oder minder zahlreich auftritt,
2. in solche, ohne deutliche endemische Ruhr, aber mit jährlich bzw. häufig erfolgenden Erkrankungen bzw. Einschleppung (östliche Grenzkreise, Industriebezirke mit stark fluktuierender Bevölkerung),
3. in solche, in welchen die Ruhr gar nicht vorkommt oder nur ganz vereinzelt und zufällig eingeschleppt wird.

Am wirksamsten würde es hierfür sein, wenn man eine Art Zentralstelle schaffen würde, welche die Aufgabe hätte, fortwährend anzuregen zum Kampf gegen die Ruhr und mitzuwirken in der Auffindung von Ruhrnestern sowie durch Rat und Tat in der einheitlichen Gestaltung des Feldzugplanes.

Der Kampf wäre nach drei Fronten zu führen:

a) Verhütung der Einschleppung der Ruhr aus dem Auslande,

b) Bekämpfung der ausgebrochenen Ruhr im Inlande, wobei am wichtigsten sind: Feststellung der endemischen Ruhrherde, Aufklärung der Bevölkerung, Durchführung der Anzeigepflicht, bakteriologische Untersuchung, ausreichende Mitwirkung der Medizinalbeamten unter Verfolgung der Einzelfälle, Krankenhauseinweisung, Absonderung, fortlaufende und abschließende Desinfektionen, event. Immunisierung, Verhütung der Umherschleppung,

c) Aufspürung und Vernichtung der Ruhrkeime in den seuchefreien Zwischenzeiten, also zunächst regelmäßig im Winter und Frühjahr, insbesondere durch Auffinden, Untersuchung und Verfolgung der verdächtigen Darmkatarrhe und ev. bakteriologische Untersuchung der Abgänge der Hausgenossen sowie durch Entseuchung infizierter Stätten.

In dieser Weise geschickt und energisch bekämpft, müßte die Ruhr in etwa fünf Jahren in Preußen ausgerottet sein können.

J. Meyer-Lübeck.

Die Typhus-Epidemie beim Infanterie-Regiment 49. Ein Beitrag zur Ätiologie des Typhus.

Von O.-St.-A Dr. Hammerschmidt in Gnesen.
(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1904. Heft 6.)

Nach einer Einleitung über die Entstehung von kleineren Typhusepidemieen in der Garnison, wie bürgerlichen Bevölkerung Gnesens durch Milch (1902) und allgemeine hygienische Mißstände, erörtert Verf. des Näheren eine Epidemie von 55 Fällen, die im September 1903 beim I. und II. Bataillon Infanterie-Regiments 49 ausbrach. Das III., in der Garnison hinsichtlich Unterbringung, Ernährung und Verkehr ganz gleich situierte Bataillon blieb frei. Dieser Umstand führte auf das Manöver als Quelle. Eingehende Nachforschungen ergaben, daß die beiden Bataillone beim Marsch vom und zum Brigadeexerzieren häufig in einem Dorfe Neuhof Rast gemacht und von dem dortigen Brunnenwasser genossen hatten. Einer der vorhandenen 3 Brunnen stand mit dem außerordentlich schmutzigen Dorfteich in Verbindung, in den die Dejekte einer zugereisten, an Typhus erkrankten Magd gelangten. Sie lag in einem dem Teich benachbarten Hause und war nachweislich der einzige Krankheitsfall im Orte. Außer den 55 Soldaten infizierte sie 17 Einwohner. Als Inkubationszeit ließen sich 14 Tage berechnen. In den Fällen mit früher manifester Erkrankung war der Genuß besonders großer Mengen des infizierten Wassers nachzuweisen. Kasuistisch interessant ist noch die Bemerkung, daß einer der Erkrankten außer leichtem Fieber, ein anderer außer Schlingbeschwerden keine Erscheinungen zeigte, während bakteriologisch typhöse Infektion nachzuweisen war. Der eine dieser beiden Leute zog sich einen Rückfall zu, der dann unter dem typischen Bilde des Typhus verlief.

Ktg.

Etwas über „Typhushäuser" und „Typhushöfe".

Von Reg.- u. Geh. Med.-R. Dr. Richter in Dessau.
(Zeitschr. für Med.-Beamte. 1904. Heft 24.)

Nach den Beobachtungen R.'s seit 1883 steht eine Reihe von Fällen der Anschauung entgegen, daß sich Typhusbazillen im Boden nur kurze Zeit lebensfähig erhalten. Die mitgeteilten

22 Fälle sind Beispiele für den vereinzelten Ausbruch der Krankheit in Häusern, in denen nachweislich vor längerer Zeit — bis zu 20 Jahre zurück — Typhus vorgekommen war. Die letzte Beobachtung stammt von 1890. Seit dieser Zeit machten sich die Folgen der Anzeigepflicht und Desinfektion soweit geltend, daß keine Häuser mehr aufzufinden waren, in denen nach mehrjähriger Pause Typhus wieder aufgetreten wäre.

Hinsichtlich der Ätiologie der mitgeteilten Reihe ist R. der Ansicht, daß früher von jedem Typhuskranken eine so ungeheure Menge von entwicklungsfähigen Krankheitskeimen in seiner Umgebung, vor Sonnenstrahlen geschützt, deponiert wurde, daß die jahrelange Fortexistenz wohl annehmbar erscheint. Die Mobilisierung dieser in Dielen- und Wandritzen, im Gartenboden durch Vergraben undesinfizierter Stühle etc. vorhandenen Keime durch den menschlichen Verkehr, wie durch Bewegung der Bodenluft, ist dann jederzeit möglich. Im übrigen glaubt Verfasser, daß die strenge Durchführung der jetzt eingeführten Desinfektionsmaßnahmen die Typhushäuser verschwinden lassen wird. —

An den mitgeteilten Beispielen ist nicht zu zweifeln. Den daraus gezogenen Schlüssen würde aber erst beizutreten sein, wenn für jeden der aufgezählten Fälle die anderweitige Entstehung, d. h. die Einwirkung einer nicht im Erkrankungsort zu suchenden, zeitlich jüngeren Ansteckung mit Sicherheit ausgeschlossen werden könnte. Darüber enthält die Arbeit nichts. — Auch dann noch bliebe die mehrjährige Pause zwischen den Einzelfällen unaufgeklärt, obwohl die Aufrührung des Bodens und der in ihm etwa deponierten Keime durch Wechsel der Bewohner, Hausreinigung, Gartenbewirtschaftung, Reparaturen und sonstige Anlässe ein alljährlich sich wiederholender Vorgang sein muß. Ktg.

Typhus abdominalis und Trinkwasser.

Von Dr. A. Seibt.

(New Yorker Med. Monatsschr. 1903 Nw 6.)

Die Ergebnisse einer Umfrage über das Verhältnis der Typhuserkrankungen zur Wasserversorgung, die er bei den Gesundheitsbehörden einer Anzahl von Großstädten der Vereinigten Staaten und Deutschlands veranstaltete, hat Seibert graphisch dargestellt und kommt daraufhin zu folgenden Schlüssen:

1. Alle Seen, Flüsse und Bäche, welche sich in bevölkerten Teilen der Vereinigten Staaten und von Deutschland befinden, sind schon seit lange von Typhusbazillen dauernd infiziert.
2. Der Hauptträger der Typhuskeime in dem menschlichen Körper ist das Trinkwasser der Städte.
3. Alle Städte, welche gezwungen sind, ihr Trinkwasser aus Seen, Flüssen oder Bächen zu entnehmen, sind verpflichtet, dasselbe durch zentrale Sandfiltration in den Wasserwerken zu reinigen. Grabert-Berlin.

Eine Hausepidemie von Paratyphus (Typ. B) hervorgerufen durch die Saarbrücker Stäbchen.

Von Kreis-Ass.-A. Dr. Ritter in Bremervörde.

(Ztschr. f. Med.-Beamte. 1904. Nr. 20.)

In einer Familie eines Moordorfes im Kreise Bremervörde erkrankten gleichzeitig am 2. Juni 1904 6 Bewohner unter Durchfällen, allgemeinen Erscheinungen und Fieber bis 38,5. Milzschwellung und in einem Falle Roseolen, ließen die Diagnose auf Typhus stellen. Die Agglutinationsprobe mit Typhusbazillen blieb indes unsicher. Dagegen agglutinierten sämtliche Sera sofort Saarbrückener Stäbchen. Es handelte sich also um Paratyphus, der denn auch durch Züchtungsversuche und Nachprüfung bei der Kgl. Untersuchungsanstalt in Saarbrücken bestätigt wurde. Die Ätiologie blieb dunkel. Die Erkrankten hatten ihr Dorf seit Wochen nicht verlassen, in welchem lange Zeit kein Typhus vorgekommen war. Eine aus Bremen bezogene Sendung Rindstalg war nur gebraten genossen. Die Epidemie blieb auf ihren Herd beschränkt, was mit der weitläufigen Bauart der Moordörfer, wie mit den getroffenen Desinfektionsmaßnahmen zu begründen ist. (Da Verf. angibt, daß der Rindstalg einem Kaufmannshause in Bremen entstammte, in dem Typhuserkrankungen Jahr ein, Jahr aus vorkommen, so wird man der Behandlung des Talges vor dem Braten doch eine gewisse Bedeutung für die Infektion zuschreiben dürfen. Vielleicht hätte eine weitere — auch bakteriologische Erforschung dieser Quelle Aufschluß gebracht. Ref.) Ktg.

Die Pockenepidemie in Bochum im Jahre 1904.

Von Dr. Springfeld, Regierungs- und Medizinalrat in Arnsberg.

(31 S. mit 1 Kurve als Beilage. Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch XIII. Band. Jena bei G. Fischer 1904. Preis 2 M.)

Nach den Pockenepidemien der siebenziger Jahre war die Bevölkerung durch die Revaccination im allgemeinen immun. Der industrielle Aufschwung führte indes viele nicht immune Arbeiter ins Land, und so sehen wir seit etwa 1880 in den von dieser Einwanderung bevorzugten Bezirken wieder Pocken auftreten. Von 1889 bis 1902 wurden in Preußen 5484 Erkrankungen mit 716 = 12 % Todesfällen festgestellt. Die epidemische Ausbreitung war besonders dadurch begünstigt, daß die Diagnose aus Mangel an Bekanntschaft mit der Krankheit nicht rechtzeitig gestellt wurde. Bochum war seit 1882 frei. Die Einschleppung des ersten Falles der beschriebenen Epidemie erfolgte aus Belgien im Dezember 1903. Besonders ungünstige Verhältnisse, Hin- und Hertransport von Kranken, Mangel an Isolierräumen, Verkennung infolge gleichzeitigen Herrschens einer Windpockenepidemie vermittelten die Bildung von 3 Seuchenzentren: in einem katholischen Waisenhause, einem Krankenhause und einer Penne. Das Bild dieses Seuchenzuges ist äußerst anschaulich dargestellt; die graphische Wiedergabe in Gestalt eines Stammbaumes, Anlage 2, geradezu vorbildlich. Es erkrankten bis 30. April 1904 61 Personen, von denen 6 starben. Von den Erkrankten waren 40 über 30 Jahre alt; 20 nicht geimpft, 14 seit ihrer Kindheit nicht revacciniert; der Rest seit längerer Zeit nicht wieder revacciniert. Von den Gestorbenen war ein einjähriges Kind noch nicht geimpft, die anderen seit der Kindheit nicht revacciniert. Prophylaktisch wurden binnen 14 Tagen im Stadt- und Landkreise Bochum 40 000 Kinderimpfungen, und bis April mehr als 80 000 Nachimpfungen ausgeführt. Die Isolierung der Kranken gestaltete sich sehr schwierig, wurde aber mit Hülfe zweier Bretterbaracken und einer Döckerschen möglichst durchgeführt, und auf das ärztliche wie Pflegepersonal mit erstreckt. Den vorhandenen Krankenhäusern fehlte die Absonderungsmöglichkeit durchaus. Nur dadurch wird es erklärlich, daß sich in einem derselben ein Infektionsherd bilden konnte. Ferner erwies sich ihr ausgesprochen konfessioneller Charakter als ein Hindernis für die Aufnahme. Der Bau kommunaler Absonderungshäuser ist daher dringend erforderlich. Sehr eingehende Desinfektionsvorschriften, deren Dienstordnung S. 32 mitgeteilt wird, vervollständigten die Reihe der Abwehrmaßnahmen, deren Erfolg nicht auf sich warten ließ. In den benachbarten Kreisen wurde durch Revaccinationen und eine auch auf die Varicellen ausgedehnte Meldepflicht der Krankheitsausbruch verhütet. Ktg.

Gerichtliche Entscheidung.

Aus dem Reichsversicherungsamt.

Zuerkennung der Hilfslosenrente im vollen Betrage des Jahresarbeitsverdienstes. Die Berufsgenossenschaft hat dadurch, dass sie für den Verletzten eine Unfallrente festgesetzt hat, ihre Entschädigungspflicht als solche anerkannt und muss daher die Entschädigung dem Gesetz entsprechend ohne Abzug gewähren.

Der Hauer Hermann W. begab sich am 20. Januar 1903 in der kons. Melchior-Grube zu Dittersbach, um die Notdurft zu verrichten, in den alten Mann des Pfeilers. Dort brach plötzlich das Hangende herein und W. kam unter ein umgestürztes Zimmer zu liegen. Dabei erlitt er einen Schenkelhalsbruch rechts und eine starke Quetschung der Kreuz-Lendengegend, besonders rechts. Nach dem Gutachten des Oberarztes im Knappschaftslazarett zu Waldenburg, Dr. M., ist W. außerstande, sich selbst fortzubewegen, er kann nur im Lehnstuhl sitzen. Die Notdurft kann er selbst verrichten, wenn neben dem Bett ein Nachtstuhl steht, oder wenn er einen Unterschieber zur Verfügung hat. Der Sektionsvorstand hat dem Verletzten die Vollrente und 30% derselben zu der Vollrente bewilligt. W. hat hiergegen Berufung erhoben und eine Rente in Höhe des Jahresarbeitsverdienstes beantragt, da er völlig hilflos sei. Der von dem Schiedsgericht als Sachverständiger zugezogene Kgl. Kreisarzt Geh. Medizinalrat Dr. H. hat sein Gutachten dahin abgegeben, daß der Verletzte nicht derart hilflos sei, daß er ohne beständige Wartung und Pflege nicht bestehen könne. Das Schiedsgericht erlangte hiernach die Überzeugung, daß zwar ein gewisser Grad von Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit bei dem W. bestehe, daß diesem aber mit einer Rente von $86\frac{2}{3}$% des Jahresarbeitsverdienstes genügend Rechnung getragen sei. Gegen diese Entscheidung legte Kläger Rekurs ein mit dem Antrage, ihm die Hilflosenrente im Betrage des vollen Jahresarbeitsverdienstes zuzusprechen. Er benennt Zeugen dafür, daß im Krankenhause ihm stets andere aus dem Bett heraushelfen mußten, wenn es nötig war, daß er das Bett verließ. Die Annahme des Dr. M., daß er ohne fremde Hilfe aus dem Bett herauskriechen könne, sei irrig; er könne ohne Unterstützung anderer weder aus dem Bett heraus-, noch in das Bett zurückgelangen. Er sei auf die Wartung und Hilfe anderer Personen angewiesen, da er nicht imstande sei, irgendwelche Gegenstände von Tischen oder aus Schränken zu nehmen.

Dem Rekurse wurde stattgegeben und die Berufsgenossenschaft verurteilt, die Hilflosenrente im vollen Betrage des Jahresarbeitsverdienstes zu zahlen. Gründe:

Nach der Überzeugung des R.-V.-A. ist die durch die Unfallfolgen verursachte Hilflosigkeit des Klägers eine so vollständige, daß es geboten erschien, ihm den Höchstsatz der Rente zuzusprechen, welche nach § 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes solchen Unfallverletzten zu gewähren ist, die fremder Wartung und Pflege bedürfen. Der Kläger ist des Gebrauchs der Füße völlig beraubt. Nach dem Gutachten des Dr. M. kann der Kläger keinerlei Bewegungen der Füße oder Zehen ausführen. Die Füße stehen, dem Gesetz der Schwere folgend, in Spitzfußstellung. Der Kläger ist infolgedessen außerstande, sich selbst fortzubewegen; er muß also immer an dem Platze verharren, an welchen er mit fremder Hilfe gebracht worden ist, wobei er allerdings sitzen oder liegen kann, sich auch des Nachtgeschirres bedienen kann, wenn es sich im Bereiche seiner Hände befindet. Unter diesen Umständen ist es selbstverständlich, daß der Kläger einer regelmäßigen Wartung dritter Personen bedarf; es ist durchaus glaubhaft, wenn er angibt, er sei ohne Hilfe nicht imstande, aus dem Bett hinaus und in dieses wieder hinein zu gelangen, wenn er auch, nachdem er einmal mit fremder Hilfe auf den Fußboden gesetzt worden ist, sich am Fußboden in kriechender Stellung mit Mühe fortbewegen mag. Danach muß auch als richtig angesehen werden, daß der Kläger, wie er angibt, nicht imstande ist, sich auf diese Weise irgend etwas von Tischen oder Schränken zu langen, dessen er gerade bedarf, oder sich ohne fremde Unterstützung an- und auszukleiden; Nahrungsmittel und dergleichen werden ihm immer zugereicht werden müssen. Der Kläger ist daher zurzeit schlimmer daran als ein Mann, der auf beiden Augen erblindet ist, da ein solcher doch wenigstens im Zimmer sich auf irgendeine Weise zurechtfinden und ungehindert fortbewegen kann. Die Erwägung, daß es Fälle geben mag, in denen — etwa durch Hinzutreten von Blasen- und Darmstauungen zu der beim Kläger obwaltenden Bewegungsbehinderung — für den Verletzten die fremde Wartung und Pflege noch unumgänglicher ist, diese noch öfter und stärker in Anspruch genommen wird, und die Anwesenheit des Wärters kaum auf kurze Zeit entbehrt werden kann, ändert nichts daran, daß auch der Kläger so gut wie beständig auf fremde Wartung angewiesen ist. Der Kläger, der sich wegen der mangelnden Bewegungsfähigkeit der Füße nicht allein aus- und ankleiden und nur die von dritten ihm zugereichte Nahrung genießen kann, bedarf daher vom Morgen bis zum Abend in geringen Zeitabständen immer wiederkehrender Dienstleistungen einer ihn wartenden Person und kann diese Dienste höchstens des Nachts entbehren, soweit nicht auch hier durch das Bedürfnis zum Stuhlgang und dergleichen fremde Hilfe nötig wird.

Auch die Ausführung der Beklagten, daß sie zur Entschädigung des Unfalls überhaupt nicht verpflichtet sei, weil sich der Kläger die Verletzung bei einer Zuwiderhandlung gegen bergpolizeiliche Vorschriften zugezogen habe, und sie deswegen auch zur Verkürzung der Rente berechtigt sei, mußte ohne Erfolg bleiben. Denn die Beklagte hat dadurch, daß sie für den Kläger eine Unfallrente festgesetzt hat, ihre Entschädigungspflicht als solche anerkannt und muß daher die Entschädigung dem Gesetze entsprechend ohne Abzug gewähren. (Kompaß.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Pfeiffer, A., Zwanzigster Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der Hygiene etc. Jahrgang 1902. Supplement zur Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig 1904. Druck und Verlag von Friedrich Vieweg u. Sohn.

Trotz mancherlei Schwierigkeiten, die sich der rechtzeitigen Fertigstellung des vorliegenden Jahresberichts entgegenstellten, ist es dem Herausgeber gelungen, den Jahresbericht für 1902 zu einem früheren Termin fertigzustellen, als in den Vorjahren. Aus der Zahl der seitherigen Mitarbeiter schieden im Berichtsjahr Geheimrat Dr. Baer und Stadtbaurat a. D. Brix; an ihre Stelle traten Kreisarzt Dr. Petschull, Arzt am Zuchthause in Diez a. d. Lahn und Bauinspektor Schümann-Berlin.

Da die Literaturquellen noch immer schwach fliessen, wiederholt der Herausgeber seine alljährliche Bitte um reichlichere Zusendung von einschlägigen Werken und Abhandlungen.

Die Einteilung des Jahresberichts ist dieselbe geblieben wie in früheren Jahren. Die Berichterstattung ist sachgemäß und erschöpfend. Ein sorgfältiges Sach- und Autorenregister erhöht den Wert und die Handlichkeit des Jahresberichts. Wie die vorausgegangenen wird auch der vorliegende Jahresbericht auf dem weiten Gebiet der Hygieneliteratur sich als ein ebenso willkommener wie brauchbarer und unentbehrlicher Führer erweisen.

E. Roth-Potsdam.

Ostertag, R., Handbuch der Fleischbeschau für Tierärzte und Richter. Fünfte neubearbeitete Auflage. Mit 265 in den Text gedruckten Abbildungen und eine Farbentafel. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1904.

Seit Herausgabe der letzten Auflage des Ostertagschen Handbuchs der Fleischbeschau im Jahre 1902 sind die Ausführungsbestimmungen zum Reichsgesetz, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 erschienen und in Kraft

getreten. Diese Ausführungsbestimmungen sind, soweit sie für die Organisation der Fleischbeschau und die Ausführung durch Tierärzte von Bedeutung sind, in das 2. Kapitel „Die reichsgesetzlichen Grundlagen für die Regelung des Fleischverkehrs" im Zusammenhang aufgenommen und in den folgenden Abschnitten entsprechend berücksichtigt. Daß der Inhalt des Buches gleichwohl keinerlei grundsätzliche Änderungen zu erfahren brauchte, erklärt sich daraus, daß die von dem Verfasser in den früheren Auflagen bereits aufgestellten Grundsätze und Förderungen durch das Reichsgesetz und die auf Grund desselben erlassenen Ausführungsbestimmungen zur gesetzlichen Geltung gebracht worden sind.

Dem Umstande, daß einige Abschnitte, wie die Erläuterungen zum Nahrungsmittelgesetz, ihrer nunmehr geringeren Bedeutung für die Regelung des Fleischverkehrs entsprechend gekürzt werden konnten, ist es zu danken, daß die vorliegende Neuauflage gegenüber der vorangegangenen um mehr als 100 Seiten an Umfang zurückbleibt. Daß im übrigen die einzelnen Kapitel überall den neueren Forschungen entsprechende Ergänzungen erfahren haben, bedarf keiner Hervorhebung. Dies gilt namentlich von den Abschnitten über postmortale Veränderungen, über Fleischvergiftungen und über die Methoden der Tauglichmachung bedingt tauglichen Fleisches durch Kochen und Dämpfen. Für den Hygieniker bieten besonderes Interesse die Kapitel über tierische und pflanzliche Parasiten, wobei auf die Ausführungen Ostertags über die Koch-Schützschen Experimente und auf die bis zum Jahre 1902 fortgesetzte Tuberkulosestastistik noch besonders hingewiesen sein mag, die Abschnitte über die biologische Unterscheidung der verschiedenen Fleischarten (S. 201), über Fleisch- und Wurstvergiftung und die Kapitel (15 bis 17) über Verfälschungen und Konservierungsmethoden.

Die Literaturhinweise im Text sind zum Teil ausgemerzt, weil die schon früher in Aussicht gestellte Zusammenstellung der Bibliographie der Fleischbeschau bereits im Druck ist und nunmehr in kürzester Frist erscheinen wird.

Einer Empfehlung bedarf die vorliegende Neuauflage nicht, nachdem das Ostertagsche Handbuch sich seit seiner ersten Auflage als ein für Tierärzte, Ärzte und Richter wertvolles Orientierungswerk bewährt hat. E. Roth-Potsdam.

Grotjahn, A. Der Alkoholismus. Vierter Supplementband. Soziale Hygiene. Aus dem Handbuch der Hygiene von Th. Weyl. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1904.

Nach einer Besprechung der alkoholhaltigen Getränke und des akuten und chronischen Alkoholismus erörtert der Verfasser die Bekämpfung der Trinksitten, die Beseitigung der sozialen Bedingungen des Alkoholismus, die unmittelbare Bekämpfung des Alkoholismus durch Staat und Gemeinde und die Alkoholfrage in den einzelnen Ländern. Grotjahn betont mit Recht, daß eine sozialhygienische Bekämpfung des Jahrtausende alten Übels des Alkoholismus nur zu erwarten ist, wenn die medizinischen Tatsachen durch die Beobachtungen der Statistik und der Nationalökonomie ergänzt werden.

Durch die Ausführungen des Verfassers wird die Tatsache erhärtet, daß die kulturelle Hebung des handarbeitenden Proletariats eine Vorbedingung der rationellen Bekämpfung des Alkoholismus wie der sozialhygienischen Betätigung überhaupt ist. E. Roth-Potsdam.

Mombert, F. Das Nahrungswesen. Vierter Supplementband. Soziale Hygiene aus dem Handbuch der Hygiene von Th. Weyl. Jena, Gustav Fischer, 1904.

Mombert bespricht in der vorliegenden Arbeit die Ernährungsgesetze, den Ernährungsstand der Deutschen Bevölkerung, den Einfluß der Ernährung auf die öffentliche Gesundheit, die Preisentwicklung der wichtigsten Genußmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und die Ernährung und Gesetzgebung. Nach Momberts allerdings auf Schätzung beruhender Berechnung ist die Zahl derjenigen Personen in Preußen, deren Einkommen zu einer ausreichenden Ernährung nicht genügt, auf $1/3$ bis $1/2$ der ganzen Bevölkerung zu veranschlagen. Die Beziehungen zwischen Lebensmittelpreisen und Lebenshaltung der Arbeiterbevölkerung haben nicht bloß ein hervorragendes hygienisches Interesse, insofern eine kräftige Ernährung eins der besten Vorbeugungsmittel gegen krankmachende Einflüsse ist, sondern auch ein besonders volkswirtschaftliches Interesse, insofern die Leistungsfähigkeit der Arbeiterbevölkerung wesentlich von einer ausreichenden Ernährung abhängt. Dem Nachweis dieser Zusammenhänge ist die vorliegende Arbeit gewidmet. E. Roth-Potsdam.

Ledermann-Berlin, Dr. R. Die mikroskopische Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik. Verl. v. Alfred Hölder. Wien u. Leipzig 1903.

Das kleine mit großem Fleiße ausgearbeitete Buch ist nicht nur für den Studierenden, welcher in die mikroskopische Technik eingeführt werden soll, bestimmt, vielmehr besonders für den Arzt, der die Technik schon beherrscht, und sich über die einzelnen am zweckmäßigsten zu verwertenden mikroskopischen Untersuchungs- und Färbemethoden unterrichten will. Wenn auch im zweiten, dem speziellen Teile, die Färbetechnik sämtlicher Gewebe ausführlich geschildert ist, so sind doch die für den Dermatologen in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden besonders eingehend bearbeitet, und eine Anzahl guter Abbildungen und Farbendrucke veranschaulichen die klaren Ausführungen. Einen besonderen Wert erhält das Buch durch die ausführliche Beschreibung der Färbung der Bakterien. Die fleißige Zusammenstellung aller neueren — in den Zeitschriften zerstreuten — Methoden, deren Kenntnis für den Arzt, welcher sich mit mikroskopischen Arbeiten beschäftigt, notwendig ist, sichern dem Buche einen bleibenden Wert, ebenso wie die Angabe der zahlreichen durch den Verfasser selbst gefundenen, in die Technik eingeführten Verbesserungen der Färbemethode. Die Ausstattung des Buches ist eine anerkennenswert gute.

Falk.

Gebührenwesen.

Die gerichtlichen Gebühren für Sachverständigentätigkeit nicht beamteter Ärzte.

In der Berliner Ärztekorrespondenz berichtet Herr Kollege Joachim über ein Urteil des Berliner Landgerichts I, welches für uns alle von weittragender Bedeutung ist.

Der Kollege hatte in einer Honorarangelegenheit ein ungewöhnlich umfangreiches Gutachten erstattet, das ihn 20 Arbeitsstunden gekostet hatte. Er liquidierte für das Gutachten 40 M., doch wurden ihm auf Grund des § 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. Mai 1872 nur 24 M. bewilligt. Auf seine Beschwerde beim Landgericht erfolgte ein Beschluß, dessen Begründung wir mit Weglassung der unwesentlichen Schlußformalien hier wörtlich wiedergeben.

Infolge des Beschlusses des Amtsgerichts vom 26. April 1904 (Bl. 135 d. A.) hat der Beschwerdeführer Dr. Heinrich Joachim am 13. Juni 1904 ein mit wissenschaftlichen Gründen versehenes schriftliches Gutachten eingereicht und hierfür liquidiert (Bl. 139 d. A.)

40 M. Gebühren.
6 M. 15 Pf. Porto und Schreibgebühren.
46 M. 15 Pf.

Festgesetzt und angewiesen sind durch Verfügung vom 25. Juni 1904 (Bl. 140, 163 d. A.)

24 M. Gebühren
5 M. 50 Pf. Schreibgebühren
65 Pf. Porto.

30 M. 15 Pf.

Die Festsetzung höherer Gebühren ist abgelehnt, weil nach § 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 der Höchstsatz für ein mit wissenschaftlichen Gründen unterstütztes Gutachten 24 M. betragen.

Gegen diese Entscheidung hat der Sachverständige Beschwerde eingelegt mit dem Antrage, weitere 16 M. Gebühren festzusetzen.

Zur Begründung führt er an:

Das angeführte Gesetz sei veraltet, auch wäre es unbillig, einem Privatarzt nur dieselben Sätze zuzubilligen, wie einem Medizinalbeamten, der ein Gehalt bezöge. Es käme hinzu, daß es sich um einen Zivilprozeß handele, in welchem die unterliegende Partei die Kosten zu tragen habe. Tatsächlich seien ihm bereits vom Landgericht hier und vom Kammergericht ebenfalls für Gutachten in Honorarangelegenheiten erheblich höhere Beträge als 24 M., nämlich bis 50 M. und darüber bewilligt worden. Dies ergäben die Akten: 36. O. 71. 00, 17. O. 372. 02, 9. U. 2194. 01.

Die Beschwerde ist zulässig und auch begründet.

Kämen die Vorschriften des Gesetzes vom 9. März 1872 für den vorliegenden Fall zur Anwendung, dann würde allerdings der Höchstbetrag der Vergütung 24 M. betragen. Dieses Gesetz geht jedoch, wie sich aus seinem ganzen Inhalt ergibt, davon aus, daß ein Medizinalbeamter in kriminellen Angelegenheiten zur Unterstützung der gesetzlich vorgeschriebenen Fälle oder in den durch die zuständige Behörde bezeichneten Fällen tätig gewesen ist. Hierum handelt es sich jedoch im vorliegenden Falle nicht. Es können daher nur die Vorschriften als maßgebend in Betracht kommen, welche in dem Gesetz betr. die Gebühren der Sachverständigen vom 30. Juni 1878 enthalten sind.

Nach diesen erscheint mit Rücksicht auf den Umfang des Gutachtens und die eingehende Prüfung der vom Beschwerdeführer verlangte Betrag angemessen. (§§ 3, 4 a. a. O.)

Da ihm hiervon bereits durch das Amtsgericht 30 M. 15 Pf. zugebilligt sind, waren nur noch die mehr verlangten 16 M. festzusetzen.

Zugleich mit dem Urteil teilt Dr. J. die Geschäftsnummer desselben mit: 71 T. 272. 04.

Es ist also wenigstens in bestimmten Angelegenheiten, deren Interesse nicht öffentlich rechtlicher Natur ist, dem praktischen Arzte möglich, über eine Gebührenordnung hinwegzukommen, die seine Leistungen grundsätzlich niedriger entlohnt als selbst die des wahrlich schon knapp genug eingeschätzten Medizinalbeamten; denn dieser muß sich doch zu jeder Gutachtens- oder Terminsgebühr noch einen entsprechenden Bruchteil seines Gehalts aufrechnen. Darüber aber, daß in der Mehrzahl der Fälle solche besondere Gründe für höhere Bewertung nicht vorliegen, und daß man uns praktischen Ärzten bei der Gehaltsaufbesserung der Medizinalbeamten sogar unsere spärlichen Gebühren noch verkürzt hat — von den beständig wachsenden Kürzungsbestrebungen der Oberrechnungskammer im einzelnen ganz zu schweigen — darüber bringt uns nur eine neue Gebührengesetzgebung hinweg. Sie steht vor der Tür — sehen wir zu, daß wir nicht wieder die Leidtragenden dabei sind!

Tagesgeschichte.

§ 300 des Reichsstrafgesetzbuchs.

Folgender Gerichtsfall wird von den Berliner Tageszeitungen mitgeteilt: Ein hiesiger praktischer Arzt Dr. L. stand am 9. Februar 1905 wegen unbefugter Offenbarung von Privatgeheimnissen und Beleidigung vor der 3. Strafkammer des Landgerichts I. Dr. L. war Hausarzt in einer Familie J. Als Frau J. am 24. September v. J. zu ihm kam, um ihre Kinder impfen zu lassen, teilte er ihr mit, daß er von ihrer Schwägerin, der Arbeiterin Bertha J., wegen eines Unterleibsleidens konsultiert worden sei und bei ihr eine häßliche ansteckende Krankheit festgestellt habe. Da er wußte, daß unter den in demselben Hause wohnenden Familien ein reger Verkehr stattfand, eine Badewanne gemeinschaftlich benutzt wurde und die Kinder manchmal im Bett der Tante lagen, so hielt der Arzt es für seine Pflicht, die Mutter der Kinder vor der drohenden Ansteckungsgefahr zu warnen. Nach seiner Behauptung will er überhaupt nur von einer ansteckenden Krankheit gesprochen haben, während Frau J. sofort Bescheid gewußt und den Namen der Krankheit genannt habe. Bertha J. kam nun bald im ganzen Hause ins Gerede, was ihr begreiflicherweise außerordentlich unangenehm war, zumal sie behauptete, daß sie unmöglich an einer solchen Krankheit gelitten haben könne, da jede Vorbedingung dazu bei ihr gänzlich fehle. Sie sei in wenigen Tagen völlig gesund gewesen, und es liege in jener Mitteilung daher eine böswillige Verleumdung. Als sich auf das Gerede im Hause hin die Mutter des Fräulein J. zum Dr. L. begab und Auskunft über den Zustand ihrer Tochter verlangte, erklärte der Arzt auch ihr, daß er bei der Untersuchung Merkmale der ansteckenden Krankheit festgestellt habe. Nunmehr stellte Frl. J. den Strafantrag und berief sich auf den Kassenarzt Dr. P., der sie untersucht und keine Feststellungen habe treffen können, die die einige Zeit vorhet stattgehabte Diagnose des Angeklagten unterstützten. Der Angeklagte verteidigte im gestrigen Termin die Richtigkeit seiner Diagnose, mit der die spätere Untersuchung gar nicht im Widerspruche zu stehen brauche, und sowohl von Dr. P., wie vom Sachverständigen Prof. Dr. Casper wurde gestern die Möglichkeit zugegeben, daß die vom Angeklagten vorgefundenen örtlichen Erscheinungen ihn zu seiner Diagnose berechtigt haben können. Der Staatsanwalt ließ die Anklage wegen Beleidigung fallen, hielt den Angeklagten aber des Vergehens gegen § 300 St.G.B. für schuldig und beantragte gegen ihn 100 Mark Geldstrafe event. 10 Tage Gefängnis. R.-A. Dr. Heinemann beantragte dagegen die Freisprechung. Was die Beleidigung betreffe, die in der Mitteilung an die Mutter J. erblickt worden, so stehe dem Angeklagten der Schutz des § 193 zur Seite, ganz abgesehen davon, daß die Mutter den Angeklagten geradezu gestellt gehabt und das Gerücht schon im Hause der J. verbreitet worden war. Bei dem § 300 St.G.B., der einen Arzt, der ein ihm kraft seines Amtes anvertrautes Privatgeheimnis offenbart, bestraft, müsse der Nachdruck auf das Wort „unbefugt" gelegt werden. In diesem Falle sei der Angeklagte, als Hausarzt in der Familie, sicher befugt gewesen, die Mutter, deren Kinder er eben geimpft hatte, vor der diesen drohenden Ansteckungsgefahr zu warnen, ja, er würde sich einer Pflichtverletzung schuldig gemacht haben, wenn er diese Warnung unterlassen hätte. — Der Gerichtshof nahm an, daß sich der Angeklagte in einem Irrtum über strafrechtliche Dinge befunden habe, als er sich, wie menschlich erklärlich ist, aus Vorsicht moralisch für verpflichtet hielt, der Schwägerin die Mitteilung zu machen, die für die Arbeiterin J. um so kränkender war, als es noch sehr fraglich ist, ob überhaupt die von dem Angeklagten diagnostizierte Krankheit vorlag. Der Angeklagte

habe den § 300 St.G.B verletzt, bei der eigenartigen Sachlage erschien jedoch dem Gerichtshofe die größte Milde am Platze, und es ist demgemäß nur auf 20 Mark Geldstrafe erkannt worden.

Man muß immer in der Verwertung von Zeitungsnachrichten vorsichtig sein, aber wenn das, was hier über die Urteilsbegründung steht, wahr ist, dann muß man doch über den hier konstruierten Gegensatz zwischen moralischen und strafrechtlichen Pflichten bedenklich den Kopf schütteln. Der Kollege, welcher sich im Sinne des § 300 für befugt hielt, das ihm anvertraute Privatgeheimnis zu offenbaren, handelte gerade nach den Grundsätzen, nach welchen bedeutende Rechtslehrer den in seiner unglückseligen Fassung wirklich recht unerquicklichen Paragraphen deuten. So deutet, wie wir schon einmal an dieser Stelle berichteten, der Strafrechtler Hans Groß in Prag das Befugtsein im Sinne „subjektiver Ermächtigung" und fährt fort: „diese Befugnis wird er (der Arzt) selbstverständlich dann empfinden, wenn er einen wesentlich größeren Schaden verhütet, als der es ist, den er durch den Bruch des Geheimnisses verursacht. Auch der Landgerichtsdirektor Fromme in Magdeburg erläutert meines Erinnerns das Befugtsein in einem Sinne, der der Bestrafung des Kollegen L. zuwider läuft.

Eine andre Frage, die, wie es scheint, vom Gericht mit derjenigen des verletzten Berufsgeheimnisses eng verknüpft wurde, ist die, ob der Arzt die Geschlechtskrankheit, um die es sich bei dem jungen Mädchen offenbar handelt, mit Recht diagnostiziert hat. Hätte er ohne gründliche Untersuchung und Abwägung aller Möglichkeiten eine zweifelhafte Erkrankung leichthin als geschlechtlich diagnostiziert und dann als solche mitgeteilt, dann hätte er den § 300 verletzt. Denn Voraussetzung der „Befugnis" zur Offenbarung ist ein sorgfältiges Erwägen, ob wirklich die Opferung des guten Namens eines Mädchens notwendig war. Auf diesen Punkt hätte unseres Erachtens das Hauptgewicht fallen müssen; ob das geschehen ist, läßt sich aus der Zeitungsnachricht nicht erkennen.

Jedenfalls wird das Urteil, wenn sein Wortlaut bezw. Sinn oben richtig wiedergegeben ist, in Ärztekreisen gerechte Beunruhigung erregen. Es wird den sozialen Sinn der Ärzte zu beeinträchtigen geeignet sein, denn jeder wird sich sagen müssen: es ist bequemer und sicherer schematisch zu schweigen, als ernsthaft zu überlegen, ob es gilt, das Wohl der Allgemeinheit zu schützen, und dabei noch seine eigene Unbescholtenheit aufs Spiel zu setzen. F. L.

Verantwortlichkeit eines Ammenvermittlungsgeschäftes auch gegenüber den Ammen.

Die Assistance publique zu Paris wurde, nach dem Journal médical de Bruxelles 1904 Nr. 25, gerichtlich verurteilt, eine Entschädigung von 2000 Fr. und eine jährliche Rente von 300 Fr. an eine Amme zu zahlen, die zur Ernährung eines ansteckend kranken Kindes vermietet und von diesem infiziert war. Um was für ein Leiden es sich handelte, ist nicht gesagt; die Entscheidung ist aber grundsätzlich von hoher Bedeutung. Ktg.

Folgen einer Schlägerei als Betriebsunfall.

Es handelte sich in dem vom Journal médical de Bruxelles mitgeteilten Falle um die Folgen eines Streites auf einem Werkplatz. Der Angreifer wurde zu Gefängnis verurteilt, dem Angegriffenen und Verletzten aber außerdem eine Unfallsrente zugebilligt. In der Urteilsbegründung des Ziviltribunals zu Nantes wurde hervorgehoben, daß der Streit in unmittelbarem Zusammenhang mit der Arbeit, am Arbeitsort und mit den dazu gehörenden Werkzeugen ausgefochten sei. Aus den vorhergegangenen Erörterungen gehe außerdem hervor, daß der Verletzte, welcher dem Angreifer Vorhaltungen gemacht hatte, im Interesse des Betriebes dazu berechtigt gewesen sei. Eine unter solchen Umständen erlittene Verletzung sei als ein Risiko anzusehen, welches der zur Arbeit Verpflichtete übernimmt. Darum sei sie als ein Betriebsunfall anzusehen und zu entschädigen. Ktg.

Neue Ministerialerlasse.

Erlaß vom 20. Dezember 1904 betr. das Verfahren bei Bewerbungen um erledigte Kreismedizinalbeamtenstellen.

Gesuche um Anstellung oder Versetzung in Kreisarzt-, Gerichtsarzt- oder Kreisassistenzarztstellen sind künftig binnen zwei Wochen nach ihrer Veröffentlichung im Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten einzureichen. Bei Versetzungsgesuchen sind die Gründe darzulegen, welche die Versetzung wünschenswert erscheinen lassen. Der Regierungspräsident, in dessen Bezirk der Bewerber wohnt, sendet mit einer Äußerung über die Befähigung des letzteren das Gesuch dem Regierungspräsidenten, in dessen Bezirk die Stelle frei ist. Dieser sendet sie mit einem zusammenfassenden gutachtlichen Bericht, zu dem ein besonderes Schema aufgestellt ist, an den Minister. In dem Schema ist u. a. die Frage enthalten, ob der Bewerber sein Kreisarztexamen nach der neuen Prüfungsordnung bestanden hat.

— — 22. Dezember 1904 betr. das Verfahren zur Erwerbung der landesherrlichen Genehmigung von Schenkungen und letztwilligen Zuwendungen an juristische Personen.

— — 4. Januar 1905 betr. Vorschriften über das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen (wird später ausführlich besprochen).

— — 23. November 1904 betr. Auslegung von Vorschriften des Süßstoffgesetzes.

Mitteilung einer Reichsgerichtsentscheidung. Ein Apotheker wurde verurteilt, weil er die Süßstofftäfelchen von höchstens 110facher Süßkraft, welche ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen, in Mengen von mehr als 50 g verkauft hatte. Während bei ärztlicher Verordnung diese Höchstgrenze ausdrücklich bestimmt ist, spricht sich das Gesetz bezüglich der vorerwähnten Täfelchen nicht ganz eindeutig aus. Das Reichsgericht sagt aber: dem Sinne des Gesetzes nach muß angenommen werden, daß die Beschränkung des zulässigen Maßes für die dem Handverkauf freigegebenen Süßstoffpräparate erst recht beabsichtigt ist.

— — 1. Dezember 1904 betreffend verbotene Zusätze zum Fleisch. Hexamethylentetramin wird unter dem Namen Carin als Ersatz für Formalin zur Fleischkonservierung versandt. Hiergegen ist einzuschreiten, da dieses Carin laut Gutachten des Kaiserlichen Gesundheitsamts nur durch Abspaltung des giftigen Formaldehyds wirkt. Allerdings ist es fraglich, ob die Gerichte sich nicht auf den Standpunkt stellen werden, daß nach dem Wortlaut der Bekanntmachung vom 18. Februar 1902 Hexamethylentetramin als Zusatz nicht verboten ist, weil es weder Formaldehyd, noch eine Zubereitung desselben, sondern ein eigner chemischer Körper ist.

— — 13. Dezember 1904 betr. Verpackung der staatlich konzessionierten Fläschchen mit Diphtherieheilserum.

— — 5. Dezember 1904 betr. Beschaffung von Kartenbriefen zu den Anzeigen über Erkrankungen etc. an Cholera, Pocken und Flecktyphus etc.

— — 17. Dezember 1904 betr. das Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinischen Institute.

— — 27. Dezember 1904 betr. Feststellung der Morbidität der Heilanstalten.

— — 13. Januar 1905 betr. Veröffentlichung der Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, des Flecktyphus, der Pest und der Pocken. Siehe unter Bücherbesprechungen.

— — 18. Januar 1905 betr. Meldekarten zu den Anzeigen über Erkrankungen usw. an Cholera etc.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.